

**Mestrado em Enfermagem**

**Área de Especialização de Médico-cirúrgica Vertente  
Nefrológica**

**Dissertação**

**Doença Renal Crónica e Diabetes: Relação entre  
Autoeficácia e Depressão em adultos sem tratamento  
substitutivo da função renal acompanhados em consulta  
ambulatória**

**Mariana dos Santos Pires**

**Lisboa  
2018**



## **Mestrado em Enfermagem**

### **Área de Especialização de Médico-cirúrgica Vertente Nefrológica**

**Dissertação**

### **Doença Renal Crónica e Diabetes: Relação entre Depressão e Autoeficácia em adultos sem tratamento substitutivo da função renal acompanhados em consulta ambulatória**

**Mariana dos Santos Pires**

**Orientador: Prof<sup>a</sup> Maria Saraiva**

**Lisboa**

**2018**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



***“A dúvida e a incerteza permitem consolidar conhecimentos e,  
dessa forma avançar com mais confiança.”***

(autor anónimo, s/data)

## AGRADECIMENTOS

No final da execução desta dissertação de mestrado do 8º Curso de Mestrado de Enfermagem Médico-cirúrgica Vertente Nefrológica, tenho de agradecer àqueles que fizeram deste caminho um percurso mais fácil.

À **Profª. Maria Saraiva**, minha orientadora, incansável e sempre disponível tanto para mais um ensinamento como sobretudo para indicar o caminho, mas fazendo-me procurar as respostas às minhas próprias dúvidas.

À **Enfermeira Lurdes Serrabulho** que permitiu que o processo de recolha de dados na APDP fosse agilizado de forma rápida e eficaz. A todos **os meus colegas** que foram incansáveis na ajuda na recolha de questionários, que sempre tiveram aquela palavra de força e apoio.

À minha **mãe**, pelas horas que olhou para mim e por mim, a ver-me lêr e escrever ou a ouvir os meus desabafos. Aos momentos infindáveis que passou a rever o trabalho comigo.

E ao meu **pai** que permitiu que isto fosse possível.

Ao **Jorge** que apesar de ter chegado a meio do processo foi o companheiro das noites mal dormidas e foi sempre o ouvido ponderado das minhas dúvidas que deu o incentivo para a reta final.

Aos meus colegas e amigos **Ana Dâmaso** e **João Caçador**, que desde a licenciatura estiveram ao meu lado e sempre souberam dar o ânimo necessário!

À minha professora e colega **Augusta Grou Moita**, que me soube dar aquela palavra de alento nos momentos chave.

Às minhas colegas de mestrado **Helena Escobar** e **Sandra Afonso** que partilharam as dificuldades e as alegrias ao mesmo tempo do que eu!

**A todos o meu muito obrigada!**

## **ABREVIATURAS E SIGLAS:**

AE -	Autoeficácia
APDP -	Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal
DCC -	Doença Cardíaca Coronária
DGS -	Direção Geral de Saúde
DM -	Diabetes Mellitus
DP -	Dialise Peritoneal
DRC -	Doença Renal Crónica
EAG -	Escala da Autoeficácia Geral
FID -	Federação Internacional da Diabetes
GFR -	Glomerular Filtration Rate
HbA1c -	Hemoglobina Glicada
HD -	Hemodiálise
HTA -	Hipertensão Arterial
IDB -	Índice Depressivo de Beck
KDOQI -	Kidney Disease Outcome Quality Initiative
NDF -	National Diabetes Foundation
NKF -	National Kidney Foundation
OMS -	Organização Mundial de Saúde
OND -	Observatório Nacional da Diabetes
SNS -	Serviço Nacional de Saúde
SPN -	Sociedade Portuguesa de Nefrologia
SPSS -	Statistical Package for the Social Sciences
TA -	Tensão Arterial
TFG -	Taxa de Filtração Glomerular
TSFR -	Tratamento Substitutivo da Função Renal
TX -	Transplante Renal
WHO -	World Health Organization

## RESUMO

A diabetes mellitus tipo 2 surge como a principal causa da doença renal crónica, além destes facto, a NKF (2007) perspectiva que o espaço de tempo de decorre entre início de uma insuficiência renal diabética e a falência renal em estágio terminal, sem tratamento, é de 5 a 7 anos”. Wang et. al (2017) num estudo fatores depressivos da DRC e DM tipo 2 concluiu que os portadores desta doença têm maior predisposição para a ocorrência de sintomas depressivos. Esta doença, que é muitas vezes sub-diagnosticada tem um impacto direto na saúde, qualidade de vida e capacidade do autocuidado.

Desta forma foi importante estudar estas duas doenças e a sua relação com sintomas depressivos e a autoeficácia.

De uma amostra de 46 inquiridos, utilizando as escalas da **Autoeficácia Geral** e **Índice Depressivo de Beck** e analisados os resultados no programa SPSS (versão 24), foi possível concluir que as pessoas com mais idade, que vivem sozinhas, sem atividade laboral e com menor escolaridade têm uma maior probabilidade de ter presentes sintomas depressivos e uma autoeficácia mas baixa. Por outro lado, não é tão clara a relação entre a compensação metabólica, o estadio da DRC e o perfil tensional das pessoas com os sintomas depressivos ou a sua capacidade de autoeficácia. No entanto sabemos que entre si a depressão e a autoeficácia estão inversamente racionados.

Assim, devemos estar mais atentos aos primeiros sinais de forma a realizar o correto acompanhamento, pois a depressão influencia diretamente a capacidade da pessoa se autocuidar e ser responsável pelo seu tratamento. Apenas desta forma será possível compreender e conhecer o outro, as suas características de autocuidado, identificar as suas lacunas e défices no seu autocuidado, e desenvolver em conjunto com a pessoa estratégias e intervenções, para que o processo de gestão da doença durante a sua vida se torne mais intuitivo e eficaz.

Por fim, alerta-se para a importância de desenvolver mais estudos na população sem tratamento substitutivo da função renal, de forma a conhecer mais particularidades e/ou características desta população para permitir a elaboração de estratégias que melhorem a prestação de cuidados.

**PALAVRAS-CHAVE:** Doença Renal Crónica, Diabetes Mellitus tipo 2, Depressão, Autoeficácia.

## **ABSTRACT**

Diabetes Mellitus type 2 appears as the main cause of chronic kidney disease. In addition, the NKF (2007) perspective that the time elapses between onset of diabetic renal failure and end-stage renal failure without treatment, is 5 to 7 years". Wang et. al (2017) in a study of depressive factors of CKD and DM type 2 concluded that patients with this disease are more predisposed to the occurrence of depressive symptoms. This disease, which is often under-diagnosed, has a direct impact on health, quality of life and self-care ability.

So, it was important to study these two diseases and their relationship with depressive symptoms and self-efficacy.

From a sample of 46 respondents, using the General Self-Efficacy and Beck Depressive Index scales and analyzing the results in the SPSS program (version 24), it was possible to conclude that older people, who live alone, without work and with less schooling are more likely to have depressive symptoms and lower self-efficacy. On the other hand, the relationship between metabolic compensation, the stage of CKD and the tension profile of people with depressive symptoms or their self-efficacy is not so clear. However we know that depression and self-efficacy are inversely related to each other.

Thus, we must be more attentive to the first signs in order to perform the correct follow-up, since depression directly influences the person's ability to self-care and be responsible for their treatment.

Only in this way will it be possible to understand and know the other and their characteristics of self-care, identify their gaps and deficits in their self-care, and develop together with the person strategies and interventions throughout the process of managing the disease during their lifetime becomes more intuitive and effective.

Finally, it is important to develop more studies in the population without renal replacement therapy, in order to know more characteristics and / or characteristics of this population to allow the development of strategies that improve the delivery of care.

**KEY WORDS:** Chronic Kidney Disease, Diabetes Mellitus tipe 2, Depression, Self-efficacy

# ÍNDICE

Índice de Tabelas, Quadros, Gráficos e Figura	8
<b>0. INTRODUÇÃO</b>	<b>9</b>
<b>1. QUADRO CONCEPTUAL</b>	<b>11</b>
<b>1.1. Doença Renal Crónica</b>	<b>11</b>
<b>1.2. Diabetes Mellitus</b>	<b>15</b>
<b>1.2.1. Nefropatia Diabética</b>	<b>18</b>
<b>1.3. Depressão</b>	<b>21</b>
<b>1.3.1. Depressão e a Doença Crónica</b>	<b>22</b>
<b>1.4. Autoeficácia</b>	<b>26</b>
<b>1.4.1. Autoeficácia e Autocuidado</b>	<b>27</b>
<b>1.4.2. Autocuidado e Doença Crónica</b>	<b>28</b>
<b>1.5. Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem</b>	<b>30</b>
<b>2. PROCESSO METODOLÓGICO</b>	<b>35</b>
<b>2.1. Justificação do Projeto de Investigação</b>	<b>35</b>
<b>2.2. Processo Metodológico</b>	<b>36</b>
<b>2.2.1. Tipo de Estudo</b>	<b>36</b>
<b>2.2.2. Contexto do Estudo</b>	<b>36</b>
<b>2.2.3. Participantes do Estudo</b>	<b>37</b>
<b>2.2.4. Colheita de Dados</b>	<b>37</b>
<b>2.2.5. Pontos Fortes e Pontos Fracos/Limitações do Estudo</b>	<b>38</b>
<b>2.2.6. Considerações Éticas</b>	<b>38</b>
<b>3. ANÁLISE DOS DADOS</b>	<b>39</b>
<b>3.1. Caracterização Sociodemográfica da amostra</b>	<b>39</b>
<b>3.2. Caracterização das variáveis do estudo</b>	<b>43</b>
<b>3.3. Análise dos dados</b>	<b>46</b>
<b>4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b>	<b>55</b>
<b>5. CONCLUSÃO</b>	<b>59</b>
<b>6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>63</b>
ANEXO I – ESCALA DA AUTOEFICÁCIA GERAL	
ANEXO II – INVENTÁRIO DEPRESSIVO DE BECK	
ANEXO III – AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DO ESTUDO	
APÊNDICE I – CRONOGRAMA	
APÊNDICE II – VALIDADE DA ESCALA DA AUTOEFICÁCIA GERAL	
APÊNDICE III – VALIDADE DO INVENTÁRIO DEPRESSIVO DE BECK	
APÊNDICE IV – QUESTIONÁRIO APLICADO	



## Índice de Tabelas, Quadros, Gráficos e Figura

Gráfico 1 - Doentes que iniciaram TSFR em 2016	Pág.11
Gráfico 2 – Dados Globais de DP e HD – Incidência de 1997 a 2016	Pág.11
Gráfico 3 – Etiologia da DRC nos Doentes prevalentes em 2016	Pág.14
Gráfico 4 - Etiologia da DRC nos Doentes incidentes em 2016	Pág.14
Gráfico 5 – Morbidades em pessoas com e sem proteinúria	Pág.18
Gráfico 6 – Ocorrência da DCC com e sem nefropatia	Pág.18
Tabela 1 - Categorias na DRC	Pág.12
Tabela 2 – Distribuição HbA1c	Pág.16
Tabela 3 – Pré-Diabetes	Pág.16
Tabela 4 – Utentes com Diabetes e Microalbuminúria	Pág.19
Tabela 5 – Depressão e HD/DP/Pré-Diálise/HTA	Pág.23
Tabela 6 – Sexo	Pág.39
Tabela 7 –Idade	Pág.39
Tabela 8 –Agregado Familiar	Pág.39
Tabela 9 – Distrito onde Reside	Pág.40
Tabela 10 –Habilitações Literárias	Pág.40
Tabela 11 – Situação Profissional	Pág.40
Tabela 12 – Relação Idade * Situação Profissional	Pág.41
Tabela 13 – Valor HbA1c	Pág.42
Tabela 14 – Estadio da DRC	Pág.43
Tabela 15 – Valor de TA	Pág.43
Tabela 16 – Resultado EAG	Pág.44
Tabela 17 – Resultado IDB	Pág.44
Tabela 18 – Relação Agregado Familiar * Resultado IDB	Pág.45
Tabela 19 – Relação Habilitações Literárias * Resultado EAG	Pág.46
Tabela 20 – Relação Situação Profissional * Resultado IDB	Pág.47
Tabela 21 – Relação Situação Profissional * Resultado EAG	Pág.47
Tabela 22 – Relação Idade * Resultado IDB	Pág.48
Tabela 23 – Relação Idade * Resultado EAG	Pág.49
Tabela 24 – Relação EAG * Valor HbA1c	Pág.50
Tabela 25 – Relação EAG * Estadio da DRC	Pág.50
Tabela 26 – Relação EAG * Valor TA	Pág.51
Tabela 27 - Relação Resultado IDB * Resultado EAG	Pág.52
Quadro 1 – Métodos de Avaliação da Excreção da Albumina na Urina	Pág. 13
Quadro 2 – Equações para o Calculo da estimativa da TFG	Pág. 13
Figura 1 – Autoeficácia	Pág.26

## 0. INTRODUÇÃO

No âmbito da unidade curricular de Dissertação de Mestrado do 8º Curso de Mestrado de Enfermagem Médico-cirúrgica Vertente Nefrológica, foi-nos proposto a elaboração de uma dissertação a propósito do trabalho desenvolvido ao longo do 3º semestre do Curso para reconhecimento do grau de Mestre em Enfermagem na área de Enfermagem Médico-Cirúrgica Vertente Nefrológica.

Sabemos que as doenças crónicas são permanentes, causam incapacidade ou deficiências residuais, ocasionadas por alterações patológicas irreversíveis. Segundo Jacobi et. al (2013) a doença renal crónica caracteriza-se pela perda progressiva e geralmente irreversível da filtração glomerular. Quando a doença surge, o objetivo passa por prevenir e tratar acidose metabólica, distúrbios de sódio e potássio, anemia e hipertensão, sendo a adesão ao regime terapêutico fundamental. Para que haja sucesso é indispensável a atuação dos profissionais da saúde.

Jacobi et. al (2013) refere que em todo este processo é fundamental o correto envolvimento entre a pessoa e os profissionais, mas também sabemos que o tratamento desencadeia uma sucessão de situações conflituosas. As transformações no seu dia a dia geram ansiedade que se acentua nos idosos submetidos a restrições e envolve diretamente os familiares da pessoa, pois promove alterações na rotina, exigindo adaptações e mudanças no estilo vida.

A Sociedade Portuguesa de Nefrologia (SPN) no relatório estrito por Macário (2016) alerta para o aumento da diabetes mellitus (DM), enquanto etiologia dos doentes em tratamento substitutivo da função renal, pois a prevalência em 2016 era de 28,5% mas a incidência do mesmo ano sobe para 31,8%. Assim, é fundamental o investimento na prevenção da evolução da Doença Renal Crónica (DRC) em pessoas com DM tipo 2.

Pelas características crónicas, quer da DM tipo 2 quer da DRC, é fundamental promover a parceria de cuidados com os profissionais de saúde, mas também que a própria pessoa contribua para a promoção do seu autocuidado e autoeficácia de forma a otimizar o controlo e compensação da doença.

Novak et al (2016) referem que a presença de depressão em pessoas com diabetes mellitus tipo 2 está associada a um maior risco de desenvolver doença renal crónica em comparação com aqueles que não se encontram deprimidos. Estes autores propõem a

realização de estudos de intervenção para determinar se o tratamento da depressão em pessoas com diabetes mellitus tipo 2 iria evitar grandes complicações renais e cardiovasculares.

Menezes et. al (2017) expõe que os profissionais de saúde, com especial atenção os profissionais de enfermagem, quando estão em contacto com as pessoas, devem ser capazes de assumir a responsabilidade pelas intervenções que procurem entender a complexidade do ser humano, respeitando cada individuo como tal e ser capaz de associar cada informação relacionada com o tratamento. Assim é fundamental que os enfermeiros aprofundem os seus conhecimentos para um correto cuidado de enfermagem em saúde nefrológica.

Consequentemente, surgiu a necessidade de desenvolver este trabalho de investigação cujo título é: *“Doença Renal Crónica e Diabetes: Relação entre Depressão e Autoeficácia em adultos sem tratamento substitutivo da função renal acompanhados em consulta ambulatoria”* com a finalidade de relacionar comportamentos depressivos em pessoas com DRC e DM tipo 2 com a sua autoeficácia e parâmetros laboratoriais e algumas variáveis de caracterização da amostra. Para tal estabeleceram-se como objetivos:

- Realizar um enquadramento teórico de forma a definir Doença Renal Crónica e Diabetes Mellitus tipo 2
- Conhecer o que existe na literatura sobre Depressão e Autoeficácia na doença crónica
- Caracterizar os níveis de Depressão e Autoeficácia dos participantes no estudo
- Comparar os níveis de Depressão e Autoeficácia com alguns parâmetros laboratoriais e algumas variáveis de caracterização da amostra.

Desta forma o trabalho está dividido em 4 capítulos.

No primeiro desenvolvo um quadro conceptual onde abordo as diferentes palavras-chave deste trabalho e descrevo sumariamente a relação entre elas, recorrendo a múltiplos autores recentes e com relevância sobre as diferentes temáticas.

No segundo capítulo explico como decorreu a construção do projeto de investigação, o seu planeamento e as diferentes etapas da sua execução.

No terceiro capítulo descrevo e analiso os resultados do projeto de investigação.

Por ultimo, no quarto capítulo desta dissertação, faço uma reflexão sobre os resultados do presente trabalho e o seu contributo para a prática de prestação de cuidados.

Termino com as conclusões do trabalho e as Referências Bibliográficas.

# 1. QUADRO CONCEPTUAL

## 1.1. Doença Renal Crónica

De acordo com Porto et.al (2017), a doença renal crónica é atualmente definida como a presença de anormalidades da estrutura ou função dos rins, presentes por mais de três meses, com implicações para a saúde. A importância do seu estudo relaciona-se com dois fatores: a possibilidade de ser prevenida, pois é uma consequência da diabetes mellitus tipo 2 e da hipertensão arterial (na maioria dos casos), por causar múltiplas complicações como anemia, acidose metabólica, desnutrição e alteração do metabolismo de cálcio e fósforo.

Segundo Donate et al. (2015) os mecanismos imunológicos e inflamatórios desempenham um papel importante no desenvolvimento e na progressão da nefropatia diabética com ativação de células imunes inatas e citocinas pró-inflamatórias. Os macrófagos e os linfócitos T (que existem em grande número em glomérulos diabéticos) bem como diferentes moléculas (como quimiocinas, moléculas de adesão, fatores de crescimento, fatores nucleares e citocinas) foram implicados em diversas vias patogénicas relacionadas com a nefropatia diabética.

Em Portugal, a DRC é a doença crónica com maior crescimento em termos da sua prevalência. A crescente incidência de doenças crónicas que estão na etiologia da insuficiência renal (exemplo: diabetes mellitus tipo 2 e hipertensão arterial), associadas ao aumento da longevidade, contribuem para o seu crescimento progressivo (Jardino, P., 2011).

Segundo a SPN, no relatório escrito por Macário (2017), no ano de 2016, 2406 pessoas iniciaram tratamento substitutivo da função renal (2166 HD, 215 DP e 25 TX) o que corresponde a 299 pessoas por cada milhão de habitantes, ou seja, mais de 4% da população portuguesa.

Gráfico 1 – Doentes que iniciaram TSFR em 2016

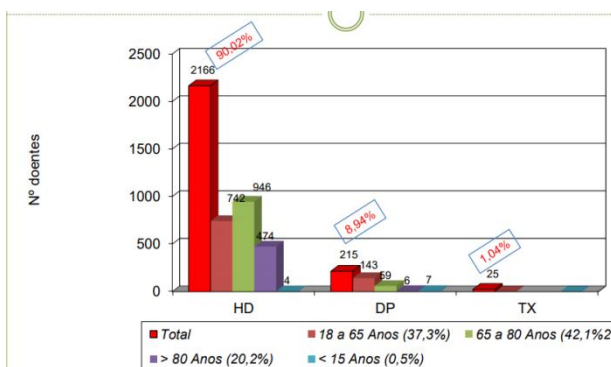
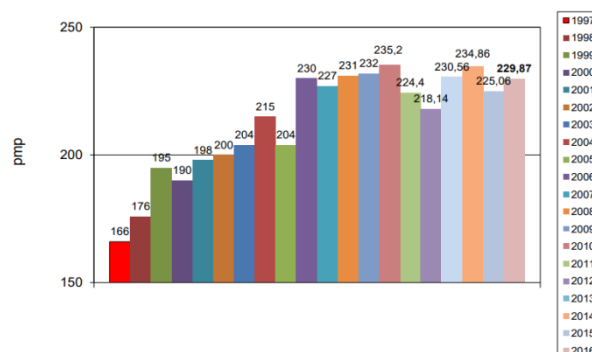


Gráfico 2 – Dados Globais de DP e HD – Incidência de 1997 a 2016



Esta doença apresenta-se de forma silenciosa e, nos seus primeiros estádios, sem alterações detetáveis pela própria pessoa. A Kidney Disease Outcome Quality Initiative (KDOQI, 2002) propôs uma definição baseada em três componentes: um componente anatómico ou estrutural (marcadores de dano renal), um componente funcional (baseado na TFG) e um componente temporal (mantido durante 3 meses).

“Com base nessa definição, seria portador de DRC qualquer indivíduo que, independente da causa, apresentasse  $\text{TFG} < 60 \text{ mL/min/1,73m}^2$  ou a  $\text{TFG} > 60 \text{ mL/min/1,73m}^2$  associada a pelo menos um marcador de dano renal parenquimatoso (por exemplo, proteinúria) presente há pelo menos 3 meses.”

(Bastos e Kirsztajn, 2011, p. 94)

Sabemos também que a “identificação de indivíduos em risco de desenvolver insuficiência renal, a microalbuminúria é considerada o melhor marcador, compreendido como importante para a prevenção da complicação renal” (Salci, Meireles e Silva, 2017, p. 1053).

No ano de 2013 estabeleceu-se um consenso na forma de caracterizar e estadiar esta doença, assim, segundo KDIGO (2013) outra forma de definir/estadiar a DRC passa por correlacionar a Taxa de Filtração Glomerular e os níveis de Albuminúria. Assim, como refere Souza e Oliveira (2017), para uma correta caracterização da função renal e do estadio em que a pessoa se encontra é fundamental a análise destes dois parâmetros (TFG e marcador de dano renal) e realizar esta avaliação de forma periódica (3 meses). Em resumo, podemos caracterizar a TFG entre G1 e G5 e o marcador de dano renal (neste caso a albuminúria) de A1 a A3. A junção destes dois fatores, mantidos ao longo de 3 meses caracterizam o estadio de DRC da pessoa. Ter-se-á por base a seguinte tabela adaptada de KDIGO (2013):

Tabela 1 – Categorias da DRC

Categorias TFG na DRC		
Classe TFG	TFG ( $\text{mL/min/1.73m}^2$ )	Termo
G1	$\geq 90$	Normal ou alta
G2	60-89	Levemente diminuída
G3a	45-59	Leve a moderadamente diminuída
G3b	30-44	Moderada a severamente diminuída
G4	15-29	Severamente diminuída
G5	$< 15$	Falência renal
Categorias Albuminúria na DRC		
Estádios Albuminúria	Razão albumina-creatinina ou Taxa de excreção da albumina ( $\text{mg/24h}$ ou $\text{mg/g}$ )	Termo
A1	$< 30$	Normal a ligeiramente aumentada
A2	30-300	Moderadamente aumentada
A3	$> 300$	Severamente aumentada

Garcia e Pereira (2015) valoriza a pesquisa de albuminúria pois o aumento deste valor é um marcador do prognóstico renal em pessoas com DRC constitui um valor de referência para o diagnóstico/estadiamento e acompanhamento.

Quadro I. Métodos de avaliação da excreção de albumina na urina

ALBUMINÚRIA	Urina ocasional (µg/mg creatinina)	Urina minutada (µg/min)	Urina de 24 h (mg/24h)
Normal	< 30	< 20	< 30
Microalbuminúria	30 - 299	20-199	30-299
Macroalbuminúria	≥ 300	≥ 200	≥ 300

Paralelamente, o mesmo autor, valoriza a pesquisa do valor de creatinina sérica, pois

“é filtrada livremente no glomérulo. Ao contrário da uréia, a creatinina é ativamente secretada em pequena parcela, mas o suficiente para superestimar a Taxa de Filtração Glomerular (TFG). A quantidade secretada não é constante e depende do paciente e da concentração sérica desse anabólico, dificultando sobremaneira a determinação de uma constante de secreção” (Garcia e Pereira, 2015, p. 11)

Quadro II. Equações para o cálculo da estimativa da TFG

Equação adaptada do MDRD Study (1999 e 2005)

$$TFG \text{ (ml/min/1.73 m}^2\text{)} = 175 \times (S_{cr})^{-1.154} \times (\text{Idade})^{-0.203} \times (0.742 \text{ se mulher})$$

$S_{cr}$ : creatinina sérica em mg/dl

Idade: em anos

A sintomatologia associada a esta problemática segundo a NKF (2007), pode ser dividida em sinais precoces e tardios:

#### SINAIS PRECOSES

- ✓ Albumina na urina (também indica um risco maior de doença cardíaca)
- ✓ Nictúria
- ✓ Aumento da pressão arterial

#### SINAIS TARDIOS

- ✓ Uma redução na taxa de filtração glomerular (TFG)
- ✓ Edema do tornozelo e perna, câibras na perna
- ✓ Menor necessidade de insulina ou antidiabéticos orais (no caso das pessoas com diabetes mellitus tipo 2)
- ✓ Fraqueza, palidez e anemia
- ✓ Prurido
- ✓ Enjoo matinal, náuseas e vômito

Outros sintomas possíveis, descritos por Souza e Oliveira (2017), são fraqueza, fadiga, confusão mental, cefaleia, prurido, edema, hálito amoníaco, náuseas, vômito, anorexia, constipação, diarreia, anemia, infertilidade, câibras musculares, osteodistrofia renal. Segundo Menezes et. al (2017), as doenças renais e do trato urinário são as causas mais comuns de morte e décima segunda de incapacidade. Para estes últimos autores, o facto de ser uma doença silenciosa e assintomática acrescenta uma dificuldade ao seu diagnóstico precoce. Esta ideia é confirmada por Dallacosta, Dallacosta e Mitrus (2017) e Souza e Oliveira (2017) que afirmam que a DRC apenas manifesta sinais e sintomas de forma mais evidente, quando se encontra num estadio mais avançado e ocorre perda das funções de forma significativa.

Analisando os gráficos da SPN realizados por Macário (2016) no seu relatório, podemos constatar que a diabetes mellitus, enquanto etiologia dos doentes em TSFR, está a aumentar, pois a prevalência em 2016 era de 28,5% mas na incidência o número sobe para 31,8%. O que torna fundamental o investimento na prevenção da evolução da DRC em pessoas com diabetes mellitus.

Gráfico 3 – Etiologia da DRC nos doentes Prevalentes em 2016 (HD+DP)

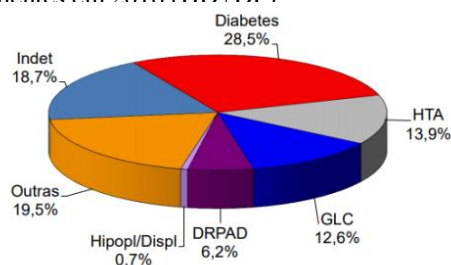
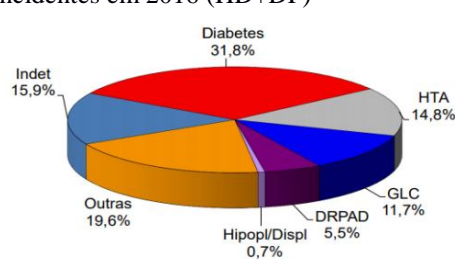


Gráfico 4 – Etiologia da DRC nos doentes Incidentes em 2016 (HD+DP)



Num estudo realizado sobre os conhecimentos/literacia em saúde dos doentes renais crónicos em tratamento pré-dialítico, os autores concluíram que “apresentam dificuldades em processar as informações em saúde recebidas, transformá-las em conhecimento e assim aplicá-las em prol do autogerenciamento da doença” (Moraes et al, 2017, p. 160).

Por fim, Arriola-Hernández et. al (2017) concluiu no seu estudo que existe uma associação entre a deterioração da função renal e o maior número de patologias crónicas, consumo maior número de medicamentos e, recomenda a prevenção da nefrotoxicidade com o objetivo de ajustar os medicamentos à TFG, especialmente no idoso com diabetes mellitus tipo 2 pelo seu duplo risco de lesão renal. Resumindo, apesar de estar bem definida enquanto doença, a DRC tem múltiplos fatores que contribuem para o seu surgimento e/ou agravamento que necessitam de ser melhor estudados, nomeadamente a Diabetes Mellitus tipo 2, sendo uma das principais causas da DRC e o seu agravamento.



## 1.2. Diabetes Mellitus

Segundo a Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal (APDP) o "termo diabetes tem a sua origem no grego e significa "passar através de", "atravessar", "sifão". A palavra Mellitus tem origem no latim e significa "com sabor a mel" termo utilizado muito mais tarde." (APDP, 2012a, p.XVII).

De acordo com Federação Internacional de Diabetes (FID) (2017) em alguns países esta doença é conhecida e descrita como “sugar” (açúcar).

A APDP (2012a) define a diabetes mellitus como uma doença crónica caracterizada por um aumento da glicémia no sangue. Esta hiperglicemia deve-se, em alguns casos, a uma escassa produção de insulina, e noutros casos, à insuficiente ação da insulina, no entanto, muitas vezes deve-se à combinação destes dois fatores. A APDP (2012b) e a WHO (2016) descrevem a diabetes mellitus como uma doença crónica que ocorre quando o pâncreas não produz insulina ou o corpo não consegue utiliza-la de forma eficaz. A falta de glicose disponível para os diferentes órgãos pode contribuir para o deficiente funcionamento multiorgânico e sistémico do organismo. Segundo Williams e Pickup (2006) a Diabetes Mellitus tipo 2 é uma doença que se manifesta predominantemente em adultos e idosos e caracteriza-se por uma “resistência” à ação da insulina nas suas células alvo.

Segundo Williams e Pickup (2006), Fráguas (2009) APDP (2012b), Garcia e Pereira (2015), a WHO (2016) e FID (2017), é possível diagnosticar-se a diabetes mellitus tipo 2 de três formas, devendo cada uma delas ser validada pelos restantes testes:

- Se a pessoa tiver um valor de glicémia capilar ocasional de pelo menos 200mg/dl acompanhado de sintomatologia
- Se o valor de glicémia capilar for superior a 126 mg/dl após um jejum de 8 horas, sendo avaliado em 2 ocasiões separadas num curto espaço de tempo.
- Se o valor da hemoglobina glicada ou HbA1c for superior a 6,5%

Este último ponto, é igualmente utilizado, não só no momento do diagnóstico, mas também como análise que permite a correta monitorização e acompanhamento da pessoa com diabetes mellitus tipo 2. Sabemos que

“na prática, os valores normais de referência vão de 4% a 6%. Níveis de A1C acima de 7% estão associados a um risco progressivamente maior de complicações crónicas. Por isso, o conceito actual de tratamento da diabetes mellitus (DM) define a meta de 7% (ou de 6,5%, de acordo com algumas sociedades médicas) como limite superior acima do qual esta indicada a revisão do esquema terapêutico em vigor” (Netto et. al, 2009, p. 32)



A DGS (2013) refere que há evidência que demonstra a eficácia do controlo metabólico precoce da glicose na prevenção das complicações da diabetes mellitus tipo 2 e o valor alvo deverá ser uma HbA1c de 6,5%. No entanto, outros autores como Jardim (2011) e Ruospo et. al (2017) que defendem um bom controlo com uma HbA1c igual ou inferior a 7%.

Relativamente à expressividade dos valores da HbA1c sabe-se que “devido à média de vida dos eritrócitos serem em torno de 120 dias, estima-se que os valores de A1C representam a média das concentrações de glicose sanguínea entre 60 a 90 dias, ou até 120 dias” Cavagnoli (2009, p.10). Esta autora refere ainda que este valor não reflete de igual modo a média ao longo destes 120 dias. Dados clínicos mostram que a média do mês anterior à colheita contribui com aproximadamente 50% do resultado final e que os 90-120 dias precedentes contribuem com apenas 10%. Netto et al (2009) apresenta uma tabela esquemática destas variações.

Tabela 2 – Distribuição da HbA1C

1 mês antes	2 meses antes	3 meses antes	4 meses antes
50%	25%	25%	
Data da recolha de sangue para o teste de A1C			

No entanto existe uma preocupação recorrente com a necessidade de prevenir também esta doença. Existem, actualmente, valores de alerta para a pré-diabetes, propostos pela Federação Internacional de Diabetes (2017).

Tabela 3 – Pré-Diabetes

<b>PRÉ-DIABETES</b>	
<b>Glicémia jejum</b>	100-125 mg/dl
<b>TTOG</b>	140-200 mg/dl
<b>A1C</b>	5.7-6.5%

De acordo com a WHO (2016) os sintomas da diabetes mellitus tipo 1 e da diabetes mellitus tipo 2 descompensada são semelhantes, sendo a sua principal diferença a velocidade e intensidade com que ocorrem, podendo nunca ocorrer na DM tipo 2. Os sintomas desta incluem, polidipsia (sede) causada pelo excesso de açúcar na corrente sanguínea, poliúria (urinar excessivo) causada pela hidratação excessiva e tentativa do organismo expelir o açúcar em excesso, polifagia (fome) pois o corpo não consegue aproveitar o açúcar ingerido, perda

de peso e fadiga, pela incapacidade de armazenar o açúcar consumido, alterações na visão e irritabilidade causadas pelo desequilíbrio do açúcar disponível.

As manifestações clínicas da DM tipo 2 podem ser agudas ou crónicas. As primeiras “decorrem da hiperglicemia, que leva a poliúria, polidipsia, turvação visual, astenia, prurido vaginal e, dependendo do grau da deficiência insulínica, emagrecimento, cetoacidose diabética e coma hiperosmolar” (Fráguas, 2009, p.94).

Sabemos que a DGS (2008) tem “em Portugal, a sua prevenção e controlo tem reflexo no Programa Nacional de Saúde Prioritário – O programa Nacional para a Diabetes” (Barreto et. al, 2015, p. 34) o que é fundamental pois, tal como referem Kearns et. al (2017) “em todos os países do mundo, os custos gerados pelo sistema de saúde para o atendimento às pessoas com diabetes mellitus são altos, impactantes e preocupantes [...] a tendência é o aumento de pessoas com a doença e complicações.” (Salci, Meireles e Silva, 2017, p. 1049).

A NKF (2007) como forma de prevenção, recomenda, um bom controlo metabólico da DM tipo 1 e tipo 2, controlo da tensão arterial, equilíbrio entre a dieta e a atividade física, evitar consumo de bebidas alcoólicas e fumo de tabaco e reforça a importância de realizar análises/exames específicos pelo menos uma vez por ano. Estes aspetos são fundamentais para prevenir as complicações tardias ou as manifestações crónicas que “decorrem das micro e macroangiopatias, como retinopatia, proteinúria, insuficiência renal, neuropatia sensitiva e motora, neuropatia autonómica e quadros isquémicos coronários, cerebrovasculares e de vasos periféricos, principalmente dos membros inferiores” (Fráguas, 2009, p.94).

Segundo a APDP:

"as complicações tardias são causadas principalmente por lesões nos vasos. (...) as lesões desses vasos comprometem a alimentação dos tecidos e órgãos, com graves consequências. As alterações a nível dos grandes e médios vasos (doença macrovascular) têm repercussões a nível do cérebro, coração e pés. As lesões nos pequenos vasos (doença microvascular) são responsáveis por alterações no fundo do olho (retina), rins e nervos periféricos." (APDP, 2012a, p.77)

Williams e Pickup (2006) referem ainda que estes vasos que sofrem lesões são, em primeiro lugar, os de menor calibre, onde estão incluídos os vasos que irrigam os rins, promovendo, assim, a nefropatia diabética. Os mesmos autores relatam que esta “é a principal causa de insuficiência renal” (Williams e Pickup, 2006, p. 3). Segundo a NKF (2007), o primeiro sinal de alteração da função renal, é a presença de albumina (um tipo de proteína) na urina, valorizando assim a importância desta análise em todas as pessoas com diabetes mellitus uma vez por ano, pelo facto de conseguir detetar precocemente qualquer alteração.

Segundo os mesmos autores, deve-se verificar a taxa de filtração glomerular de forma a validar a incapacidade dos rins de filtrarem corretamente o sangue e detetar valores fora dos parâmetros normais de creatinina.

Em resumo, DM tipo 2 é uma doença em crescimento o seu controlo é complexo, pelo que muitas vezes surgem complicações tardias como a nefropatia diabética. Por outro lado sabe-se que quando surge a DRC esta influencia a DM tipo 2.

### 1.2.1. Nefropatia Diabética

Dallacosta, Dallacosta e Mitrus (2017) destacam a importância da existência de grupos de risco prioritários como as pessoas com hipertensão arterial e diabetes mellitus tipo 2 de forma a realizar um acompanhamento mais continuado e profundo (com a realização de exames que permitam a avaliação da função renal periodicamente) e uma educação contínua em saúde.

Williams e Pickup (2006) acreditam que quando surgem complicações da diabetes mellitus tipo 2 aumenta a probabilidade de morte e/ou surgimento de outras patologias, compararam também a mortalidade entre pessoas com diabetes mellitus tipo 2 que tinham proteinúria positiva e negativa, tal como mostra o gráfico, concluíram que existe uma percentagem muito mais elevada da mortalidade das pessoas com DRC.

Gráfico 5 – Morbilidades em pessoas com e sem proteinúria

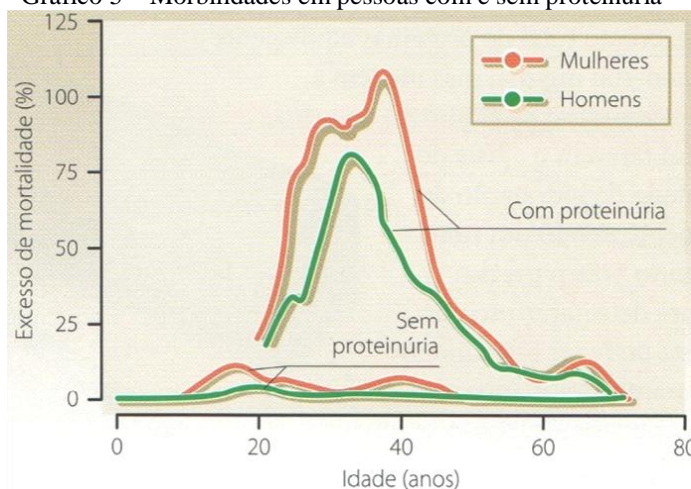
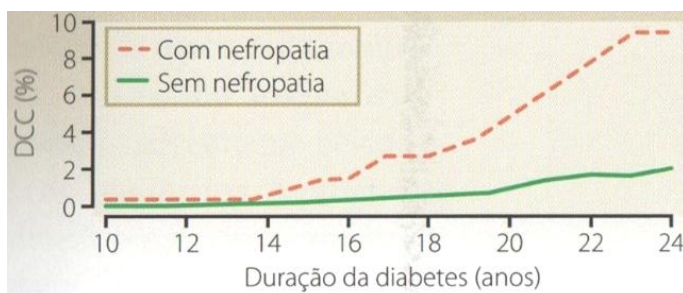


Gráfico 6 – Ocorrência DCC com e sem Nefropatia



Outra comparação realizada pelos mesmos autores foi a de eventos de Doença Cardíaca Coronária (DCC) ao longo dos anos de diagnóstico de diabetes mellitus em pessoas com e sem nefropatia.

Outros estudos também referem que “após 15 anos da doença, 10% a 20% das pessoas terão nefropatia” (Salci, Meireles e Silva, 2017, p. 1053) e que “24% dos doentes com DM tipo 2 desenvolvem microalbuminúria nos 10 anos após o diagnóstico e destes 0,8%, progridem para insuficiência renal terminal” (UKPDS cit. por Jardim, 2011, p.6) e Ferreira

(2017) refere que 40% apresentam doença renal cerca de 20 anos após o diagnóstico. Jardim (2011) afirma que 44% dos novos casos de DRC são uma complicação da DM tipo 2, pelo que é fundamental o estudo destas duas patologias em conjunto.

Segundo dados do Observatório Nacional da Diabetes (OND) (2017), os dados referentes ao ano de 2015 revelam que no Serviço Nacional de Saúde (SNS) cerca de 63,2% dos utentes com diabetes mellitus tinham registo de microalbuminúria, onde 21,7% tinham um registo > 30 mg/24.

Tabela 4 – Utentes com Diabetes e Microalbuminúria

<b>Utentes com Diabetes (com consulta registada) com microalbuminúria registada nos Cuidados de Saúde Primários do SNS – 2015</b>						
	<b>Norte</b>	<b>Centro</b>	<b>LVT</b>	<b>Alentejo</b>	<b>Algarve</b>	<b>SNS</b>
<b>UCSP</b>	59,6%	51,2%	48,5%	54,9%	33,9%	<b>52,0%</b>
<b>USF</b>	73,6%	78,7%	74,0%	59,0%	50,0%	<b>73,3%</b>
<b>SNS</b>	69,1%	59,0%	63,1%	56,1%	38,1%	<b>63,2%</b>

<b>Utentes com Diabetes com microalbuminúria registada &gt; 30 mg/24 nos Cuidados de Saúde Primários do SNS – 2015</b>						
	<b>Norte</b>	<b>Centro</b>	<b>LVT</b>	<b>Alentejo</b>	<b>Algarve</b>	<b>SNS</b>
<b>UCSP</b>	22,0%	23,5%	23,6%	22,1%	20,7%	<b>22,8%</b>
<b>USF</b>	19,9%	22,3%	22,3%	22,3%	19,9%	<b>21,1%</b>
<b>SNS</b>	20,5%	23,1%	22,7%	22,2%	20,4%	<b>21,7%</b>

É igualmente importante referir que “a detecção precoce da insuficiência renal, com o tratamento adequado, pode impedir que ela se agrave” (NKF, 2007, p. 8). De acordo com Novak et. al (2016) a nefropatia diabética é a principal causa de insuficiência renal nos EUA e é responsável por 50% dos casos de doença renal em estágio final no mundo desenvolvido.

Segundo Garcia e Pereira (2015) e OND (2017) existem alguns comportamentos que minimizam o impacto da doença, como o correto controlo da diabetes mellitus tipo 2, do peso (através de dieta, atividade física), da tensão arterial, restrição da quantidade de sal na dieta, tratamento das infeções do trato urinário, evitar a medicação nefrotóxica e validação, com a equipa de saúde, antes de iniciar algum suplemento.

Num estudo de Cecílio et al (2015) concluíram que as pessoas com diabetes mellitus e complicações renais apresentam comportamentos e condições de saúde insatisfatórios relativamente ao numero de refeições/dia, atividade física. Concluíram, também, que a principal comorbilidade é a HTA. Outro aspeto que fomenta a necessidade de realizar estudos e investigação onde se relacionem a DM tipo 2 e a DRC e em simultâneo abordem a nefropatia diabética. Este tópico está relacionado com alguma desvalorização por parte das

equipas de saúde pois múltiplos autores como Ferreira (2017) e Bastos, Bergman e Kirsatajn (2010) referem que são duas doenças inicialmente assintomáticas e:

“as complicações renais (...) foram menos mencionadas (...) como uma problemática decorrente do DM. Isso denota as dificuldades de valorização das complicações que dependem de outros recursos, além daquilo que se pode observar visualmente e/ou ser mencionado como sintoma pela pessoa, pois essas complicações necessitam de exames laboratoriais para serem acompanhadas.” Salci, Meireles e Silva (2017, p. 1051)

Segundo Menezes et. al (2017) a diabetes mellitus tipo 2 é uma das principais causas da doença renal crônica que conduz à falência renal e à necessidade de terapia de substituição renal, desta forma, estas pessoas beneficiam de medidas para atrasar a progressão da doença renal crônica pois perspectiva-se que “sem tratamento adequado, o tempo entre o início de uma insuficiência renal diabética e a falência renal em estágio terminal é de 5 a 7 anos” (NKF, 2007, p. 10).

Outra razão é apontada por Jommi C. et. al (2017) no seu estudo sobre a necessidade de prevenir o estadio terminal da DRC, minimizando ao máximo a sua progressão. Referem que cerca de 10% dos custos anuais em saúde, em Itália, são com pessoas em tratamento de hemodiálise, valor ao qual se soma todos os cuidados de saúde prestados a estas pessoas, bem como, as implicações sociais e dias de baixa. Um bom controlo da DRC em estadios iniciais é uma mais valias para a pessoa que mantém a sua qualidade de vida, mas também, para a sociedade enquanto entidade global que suporta os custos.

Gonçalves et al (2017) salientam a importância da educação terapêutica, o correto acompanhamento e necessidade de desenvolver estratégias para a monitorização contínua das pessoas com diabetes mellitus tipo 2 e não apenas controlo pela medicação. Reforçam a necessidade de incentivar o auto-cuidado por parte da pessoa com diabetes mellitus tipo 2 para um correto controlo. Novak et al (2016) referem que a presença de depressão em pessoas com diabetes mellitus tipo 2 está associada a maior risco de desenvolver doença renal crônica em comparação com pessoas não deprimidos. Estudos de intervenção devem determinar se o tratamento eficaz da depressão em pessoas com diabetes mellitus iria evitar grandes complicações renais e cardiovasculares. Assim, a nefropatia diabética é uma doença que devidamente valorizada e prevenida minimiza múltiplos aspetos seja financeiros com os custos dos tratamentos, seja sociais, uma vez que esta doença implica grandes mudanças na vida daqueles que têm DM tipo 2 e DRC, bem como da restante família.

### 1.3. Depressão

Depressão é “um estado clínico do corpo e da mente caracterizado por uma mudança de humor no sentido da pessoa se sentir infeliz, preocupada, desanimada, desinteressada, melancólica, irritável, incapaz de sentir emoções, receosa, desalentada, sem esperança ou “no fundo do poço”” (Silva, 2010 p.79). Os mesmos autores elencam alguns sintomas característicos deste estado, como perda de apetite/peso, dificuldade em dormir com cansaço e/ou fadiga, agitação ou lentificação do pensamento, perda de interesse nas atividades usuais ou desejo sexual, sentimentos de auto-condenação pensamentos e/ou tentativas suicidas e por vezes há relatos de sintomas físicos vagos, como dores nas costas, peito e região abdominal.

De acordo com a WHO (2017) esta doença afeta mais de 300 milhões de pessoas, equivalentes a 4,4% da população mundial e prevê que em 2020 a depressão seja a principal doença incapacitante.

Reis (1989) cit. Beck sugere que a perturbação primária do síndrome depressivo é uma perturbação cognitiva e explica na representação dos 3 domínios, a que chamou *Tríade Cognitiva*.

- Domínio do **Eu**, a pessoa tem uma visão negativa de si própria e das suas experiências, nestas situações, segundo o autor, a pessoa sente falta de algo para ser feliz ou útil.
- Domínio do **Mundo Exterior**, a pessoa olha para o ambiente e sente-o como demasiado exigente para si e com obstáculos que não consegue transpor, exprime ideias de fraqueza;
- Domínio do **Futuro**, a pessoa receia o que “há-de vir”, encontra-se sem esperança, aceitando o seu sofrimento, exprime ideias de pessimismo.

A autora defende que o conteúdo da *Tríade Cognitiva* "está organizado em esquemas negativos disfuncionais, que podem estar relativamente adormecidos no período não depressivo, mas que se tornam progressivamente mais ativos, à medida em que a depressão se precipita e desenvolve”( Reis, 1989, p.538-539) isto fomenta o pensamento de desvalorização própria, atribuindo os sucessos e conquistas realizadas pelo próprio a fatores externos, ex “Consegui porque me ajudaram, não o faria sozinho!”

De acordo com Boing et al (2012) a depressão está diretamente relacionada com a presença de doenças crónicas. Num estudo realizado por estes autores, o aumento do número de doenças crónicas influenciava a prevalência de depressão. Comparando um grupo de



peessoas sem doenças crónicas com outro que referia duas ou mais, a prevalência no segundo grupo era de 209% superior. Souza e Oliveira (2017) compilou as últimas investigações que trabalham os aspetos psicológicos e a doença renal crónica. Concluiu que estas patologias têm associados comportamentos de mudanças no paladar, problemas financeiros, instabilidade na condição clínica, problemas sexuais, limitações, dor, desgaste, ansiedade e depressão, além de outras dificuldades no cotidiano restrito e monótono, conflitos emocionais, perda ou diminuição das atividades cotidianas. No entanto salienta que a maioria destes estudos são desenvolvidos em pessoas que realizam tratamento de hemodialise e sendo escassas as investigações em pessoas sem tratamento substitutivo da função renal.

Por serem tão drásticas as implicações da depressão no cotidiano das pessoas, é fundamental que se estude esta doença como uma possível co-morbilidade da DM tipo 2 e DRC.

### **1.3.1. Depressão e a Doença Crónica**

Silva (2010) refere que ao longo dos anos múltiplos estudos têm demonstrado que a prevalência da depressão e ansiedade nas pessoas com diabetes mellitus é 2 a 4 vezes mais elevada do que na população em geral.

Por outro lado, Fráguas (2009) e Silva (2010), referem que num dos estudos analisados a presença de depressão nas pessoas com DM estava relacionada com alterações laboratoriais, como o aumento da produção de cortisol, a alteração nos níveis de norepinefrina e da serotonina, que leva alguns autores a especular sobre uma relação causa-efeito entre estas duas patologias. Silva (2010) relaciona a depressão com o aumento da resistência à insulina e, por isso, associada à hiperglicemia. Silva (2010) cit. Groot et al. (2001) conseguiu verificar que a gravidade das complicações da DM tipo 2, onde se inclui a nefropatia, tem uma relação moderada com níveis elevados de depressão. Outro autor refere que “os sintomas depressivos foram mais relacionados com as complicações microvasculares do diabetes, com destaque para problemas visuais e renais” (Braga et. al, 2017, p.123).

Fráguas (2009) e Braga et. al (2017) defendem que a depressão tende a comprometer os vários domínios da qualidade de vida da pessoa com DM tipo 2 e está “associada a uma amplificação da sintomatologia, ou seja, aqueles com depressão apresentavam mais sintomas do que aqueles sem depressão, mesmo quando realizado ajuste estatístico para a gravidade do diabetes” (Fráguas, 2009, p.95).

Segundo Moreira et.al (2014) os transtornos depressivos são muito comuns, chegando a 100% de prevalência, em doentes renais crónicos terminais, no entanto, o mesmo autor

defende que são poucos os estudos que avaliam este aspeto nas pessoas com doença renal crónica e propõe a aplicação do inventário de Beck em estudos futuros, de forma a promover o diagnóstico precoce. Afirma-o, pois, é essencial “para a melhora na qualidade de vida destes pacientes e pode influenciar diretamente a evolução da doença renal. Dessa forma, a disponibilidade de uma equipe multiprofissional para o cuidado do paciente com doença renal mostra-se cada vez mais importante.” (Moreira et. al, 2014, p.399)

Costa et. al (2014) realizaram uma avaliação utilizando o Inventário Depressivo de Beck (IDB) no Brasil e constataram que “os itens pessimismo, culpa, ideação suicida, irritabilidade e perda de peso não mostraram diferença estatisticamente significativa entre os grupos com depressão e sem depressão” (Costa et. al, 2014, p. 450) no entanto encontraram diferença estatisticamente significativa nos itens “mudança na auto-imagem, diminuição da libido, punição, choro, sentimento de fracasso, indecisão e dificuldade de trabalhar” (Costa et. al, 2014, p. 450). Fazendo uma leitura dos resultados, concluíram que “um total de 56,3% de pacientes com sintomatologia depressiva entre os pacientes em tratamento de hemodiálise” (Costa et. al, 2014, p. 450).

Condé et. al (2010) alertam para o facto das pessoas com DRC terem uma maior pré-disposição para depressão, declínio cognitivo e consequentemente menor qualidade de vida, no entanto os estudos comparativos entre um grupo em tratamento substitutivo da função renal e um grupo em fase pré-dialítica são escassos na literatura. Os mesmos autores, no seu estudo, utilizando IDB concluíram que a percentagem de pessoas com depressão mínima em hemodialise e em pré-diálise é igual (68,8%), e 9 pessoas (28,1%) dos que se encontram em pré-diálise apresentam depressão leve como mostra a tabela:

Tabela 5 – Depressão e HD/DP/Pré-Diálise/HTA

Grupo	Depressão mínima	Depressão leve	Depressão moderada	Depressão grave
Hemodiálise	<u>22 (68,8%)</u>	4 (13,3%)	4 (13,3%)	0 (0%)
Diálise peritoneal	15 (55,6%)	8 (29,6%)	3 (11,1%)	1 (3,7%)
Pré-diálise	<u>2 (68,8%)</u>	<u>9 (28,1%)</u>	1 (3,1%)	0 (0%)
Hipertensão arterial	18 (60%)	8 (26,7%)	3 (10%)	1 (3,3%)

p < 0,05.

Numa meta-análise e revisão sistemática de estudos observacionais realizada por Shafi e Shafi (2017) a depressão foi encontrada em 22,8% dos pacientes em diálise bem como em 21,4% dos pacientes em pré-diálise. A prevalência relatada de depressão em pacientes em hemodiálise é de 48,8% a 83,8%, e um dos estudos analisados relatou prevalência de



depressão em pacientes com DRC na fase de pré-diálise em 61,1%. Posteriormente, num estudo realizado pelas autoras, num total de 156 pacientes que foram incluídos, 81 (51,9%) estavam em tratamento substitutivo da função renal e 75 (48,1%) encontravam-se em estádios de pré-diálise. A depressão moderada estava presente em 72,4% e a depressão severa em 38,7%, sendo que a frequência da depressão em pessoas com DRC em fase pré-diálise foi de 64%. Rojas-Villegas (2017) acredita que os resultados de depressão na pessoa com DRC estão relacionados com mudanças bruscas no estilo de vida (seja a nível alimentar, social e económicas) e o próprio processo de doença.

Por tudo o que foi supracitado e de acordo com Sanz et.al (2003), os indivíduos com DRC apresentam características próprias que podem aumentar a ansiedade e a depressão. Segundo os mesmos autores, mais de 50% das pessoas apresentam um estado de depressão e ansiedade que está relacionado com falta de apoio familiar e existência de co-morbilidades.

No seu estudo Sanz et.al (2003), concluíram que um programa de informação diminui a ansiedade e o estado depressivo. Uma forma de minimizar o estado depressivo e de ansiedade que a pessoa com doença renal crónica (e com outras co-morbilidades) apresenta é um correto e eficaz acompanhamento por parte da equipa de saúde multidisciplinar, principalmente da equipa de enfermagem. Tal como refere Silva et. al (2017) a consulta de enfermagem promove o vínculo entre o profissional de saúde e o indivíduo, facilitando a identificação dos problemas, mas também promover, proteger, recuperar e reabilitar o indivíduo.

No entanto DiMatteo (2000) realizou uma meta-análise para compreender de que forma a depressão e ansiedade podiam interferir/influenciar a adesão ao tratamento, e concluiu que, quando comparados pacientes sem sintomatologia depressiva com os que tinham sintomatologia depressiva, a probabilidade de não adesão às indicações terapêuticas era 3 vezes superior. Outro achado foi a necessidade de reconhecer a depressão como um risco de fraca adesão por parte das pessoas pouco aderentes às indicações médicas do tratamento. Souza e Oliveira (2017) refere que uma característica-chave da depressão é a perceção que o indivíduo tem em relação aos acontecimentos na sua vida, como a sua própria doença e tratamento.

Rojas-Villegas (2017) concluiu num estudo transversal que existe uma associação entre depressão e a diminuição da adesão terapêutica. Refere que a sintomatologia depressiva (48,38% apresentam depressão severa) afeta negativamente o controlo da ingestão de alimentos e medicamentos e a autoeficácia (61,3% apresentam adesão moderada) mas, tinham um bom índice de cumprimento do acompanhamento médico (83,9 % de adesão às consultas).

Salman e Tahir (2017) puderam concluir da sua pesquisa e estudo que a depressão está associada ao aumento da mortalidade, taxas de hospitalização, má conformidade com o tratamento, má qualidade de vida em pacientes com DRC, incluindo aqueles que não estão em hemodiálise. A depressão também foi associada a um declínio mais rápido do rim em pacientes com DRC em pré-diálise. Novak et. al (2016) refere que os pacientes com depressão tiveram um risco significativamente maior de desenvolver DRC (21%) em comparação com pacientes não deprimidos (18%). Souza e Oliveira (2017) encontrou na sua pesquisa que os sintomas de depressão estão relacionados com os estádios de DRC, tal como o sofrimento associado a estes sintomas. Alerta para a importância da valorização da doença depressiva e que os profissionais de saúde devem estar mais atentos aos primeiros sinais de forma a realizar o correto acompanhamento, pois a depressão influencia, diretamente, a capacidade da pessoa se autocuidar e ser responsável pelo seu tratamento.

Wang et. al (2017) num estudo sobre a associação de fatores depressivos da DRC e DM tipo 2 na China, concluiu que estes têm uma maior predisposição para a ocorrência de sintomas depressivos e que uma análise progressiva da regressão logística também indicou que a progressão da DRC relacionada com a DM tipo 2 está significativamente associada a sintomas de depressão. Sabe-se que a elevada prevalência de sintomas depressivos pode estar sub-diagnosticada e isso tem um impacto direto na saúde, qualidade de vida e capacidade do autocuidado. Novak et. al (2016) afirma que a DM tipo 2 geralmente coexiste com problemas de saúde mental, principalmente depressão, angústia e ansiedade.

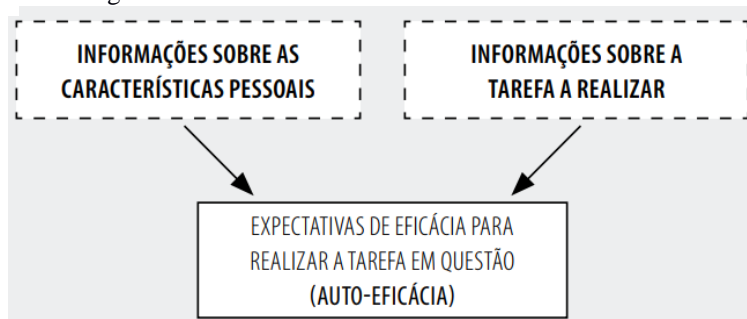
Assim, considerou-se importante, relacionar os sintomas depressivos em pessoas com DM tipo 2 e DRC com a autoeficácia, uma vez que não é possível num estudo desta natureza avaliar a toma de medicação nem a ingestão alimentar.

#### 1.4. Autoeficácia

A autoeficácia (AE) "refere-se à crença ou expectativa de que é possível, através de esforço pessoal, realizar com sucesso uma determinada tarefa e alcançar o resultado desejado" (Neves e Faria, 2009, p. 208), tal

como mostra a figura. Tedeschi (2014) acrescenta que a autoeficácia pessoal capacita a pessoa para a compreensão dos aspetos envolvidos nas mudanças comportamentais.

Figura 1 – Autoeficácia



O constructo da autoeficácia, nasceu com Bandura, através da Teoria Social Cognitiva. Este autor, em 1977, refere-se às crenças do indivíduo sobre as suas capacidades em planear e executar tarefas para gerar certos resultados. Tais crenças, são importantes para a autorregulação e motivação em direção a mudanças de objetivos e expectativa de resultados. Bandura (1977) definiu 3 elementos que afetam e condicionam, positiva ou negativamente, a AE que são: a magnitude, relacionada com a dificuldade da ação, e a força que depende da convicção pessoal que a pessoa tem em relação à capacidade de desenvolver a ação e a generalidade, que considera a forma como as experiências podem ser específicas para uma situação, ou gerais para situações novas. Segundo Castro (2010) a importância deste conceito está relacionada com resultados positivos em saúde e Tedeschi (2014) refere que autoeficácia é um mecanismo que a pessoa tem para influenciar as suas ações, a intensidade do esforço, o tempo despendido e a resiliência à adversidade encontrada. Estes aspectos, sugerem que autoeficácia é a crença pessoal que cada indivíduo tem na sua capacidade de obter resultados esperados, fruto das suas próprias ações.

Sabe-se que a autoeficácia gera “um forte sentido de competência, facilita os processos cognitivos, o desempenho, o enfrentamento a situações adversas, e deixa o indivíduo menos vulnerável ao estresse e depressão” (Castro, 2010, p.138), Sendo que o inverso “se associa a ansiedade, depressão, solidão e baixa autoestima” (Castro, 2010, p.138). Rojas-Villegas (2017) cit. Silva, Galeano e Correa (2005) definem que adesão ao tratamento é a medida como o comportamento da pessoa e as recomendações à saúde coincidem. Alguns desses comportamentos são: “assistência com consultas médicas, tomar medicamentos de maneira prescrita, fazer as mudanças de estilo de vida recomendadas e realizar os testes solicitados” (Rojas-Villegas, 2017, p.3).

Na DM tipo 2, este conceito “refere-se à capacidade em cumprir as recomendações clínicas relativas à alimentação, atividade física, medicação, entre outras. Indivíduos diabéticos que não acreditem na sua capacidade de controlar a doença serão provavelmente menos persistentes em tentar fazê-lo” (Malta, 2011, p.29-30).

Tedeschi (2014) refere, ainda, que os indivíduos que apresentam maiores níveis de AE quando confrontados com a gravidade e cronicidade das doenças (como a DRC e a DM tipo 2) têm menos níveis de *stress* e encontram-se menos deprimidos em relação à sua situação de saúde/doença. Galvão e Janeiro (2013) referem que a autoeficácia interage com a ampla gama de autocuidado como um mediador ou moderador de intervenções destinadas a melhorar o autocuidado. Este tema, tão importante, do autocuidado, tem melhor desenvolvimento num capítulo posterior, onde é abordado e descrito de acordo com a teórica de enfermagem Orem.

Assim, é fundamental trabalhar este aspeto e capacitar a pessoa para o seu próprio autocuidado para que seja responsável e esteja motivado para realizar atividades que promovam o resultado esperado, relativamente às suas patologias. A autoeficácia tem sido utilizada e apontada como um fator fundamental e um preditor da adesão para os comportamentos relacionados com a saúde.

#### **1.4.1. Autoeficácia e Autocuidado**

Segundo Galvão e Janeiro (2013) na segunda metade do século XX, começou a dar-se mais atenção à responsabilização no controlo da sua própria saúde, esta deu origem a vários conceitos que possuem diferenças e semelhanças como autocuidado e autoeficácia.

A autoeficácia percebida é caracterizada como o “aceitar/ entender o adoecimento como algo a ser enfrentado; autoconsciência reflexiva para suas reais necessidades e potencialidades; autoconfiança a partir do contato com experiências e vivências transformadoras; capacidade de construir plano de vida; sensação de protagonismo no processo de autocuidado” (Xavier, Santos e Silva, 2017, p.548) o que nos remete para a proximidade e relação entre os conceitos de autoeficácia e autocuidado. Quanto maior a autoeficácia da pessoa, mais esforço e empenho ocorrerá para atingir os objetivos e a sua capacidade de se autocuidar. A relação da autoeficácia com o autocuidado é referida em vários estudos como variáveis que se influenciam reciprocamente pois, “na área de cuidados às pessoas com doenças crónicas não transmissíveis, os estudos sugerem relação entre a autoeficácia e determinados comportamentos saudáveis relacionados com o cuidado à saúde” (Tedeschi, 2014, p.29).

A OMS (1983) define autocuidado como um conjunto de atividades realizadas pelos indivíduos, família ou comunidade, com a intenção de melhorar a saúde, prevenir ou limitar a doença e restaurar a saúde, derivando estas atividades do conhecimento e competências obtidas através de profissionais e da própria experiência de vida. Sabe-se que “o autocuidado é considerado um dos principais elementos do tratamento da DM” (Dias, et. al, 2017, p. 110) assim, a falta de interesse pela própria saúde dificulta o tratamento e adesão ao cuidado e tem possibilidade de gerar resultados insatisfatórios no tratamento. Para Galvão e Janeiro (2013) o autocuidado é, também, entendido como resultado do cuidado de enfermagem e Orem, que desenvolveu a teoria de autocuidado, define este conceito básico como “a prática de atividades executadas pelo próprio indivíduo em seu benefício, para a manutenção da vida, da saúde e do bem-estar” (Orem (1995) cit. por Reis, Delgado e Monteiro, 2013, p.25-26).

Por tudo o que foi acima referido, torna-se imperativo co-relacionar a autoeficácia com o autocuidado, uma vez que ambos se influenciam mutuamente, pois uma pessoa com elevada autoeficácia acredita que através do seu esforço consegue alcançar um resultado, quando isso é direcionado para a atividade de cuidar de si próprio conduz a grandes ganhos em saúde.

#### **1.4.2. Autocuidado e Doença Crónica**

Considerou-se importante este capítulo do Autocuidado e da Doença Crónica uma vez que “autocuidado é considerado um componente integral da gestão das doenças crónicas e da preservação de um nível aceitável de funcionalidade” (Galvão e Janeiro, 2013, p. 227). Na DRC, mais do que o cuidado prestado pela equipa de saúde (médicos, enfermeiros, nutricionistas, ...) o cuidar de si é fundamental para a manutenção de saúde e a minimização da progressão da doença e das suas complicações. Além disto, Vargas et al (2016) ao avaliarem os resultados do inquérito alimentar que aplicaram, verificaram que 93% desta população não faz uma dieta adequada, e destes, todos referiram ingerir menos de 1 litro de água por dia. Sobre este aspeto, sabemos que a alteração da função renal está associada à baixa ingestão de água e esta quantidade de ingestão de líquidos, depende em exclusivo do autocuidado da pessoa. Roso et al (2014) acrescentam ainda que existem múltiplas especificidades no autocuidado da pessoa com DRC como “o controle da ingesta do sal na alimentação, a realização periódica de exames laboratoriais, a inclusão de atividades físicas regulares relacionadas diretamente ao processo de manutenção da função renal” (Roso et al, 2014, p. 582-583) e reafirmam a importância da implementação de atividades ou estratégias que possam potenciar a autonomia e o cuidar de si próprio de forma a estimular a melhor adesão ao tratamento.

Num estudo de Ramos et.al (2007), onde o objetivo era a aplicação do modelo de Orem à pessoa com DRC, foram elencados alguns défices de autocuidado que os autores acreditam ser os mais comuns e relevantes no dia a dia dos cuidados. Estes défices prendem-se com requisitos, tais como, a Alimentação, Ingestão de Líquidos, Banho/Higiene, Vestir-se/Despir-se, Proteção, Conhecimento e Auto-estima.

Desta forma, o autocuidado e os processos de capacitação da pessoa para o seu próprio cuidado são fundamentais para pessoas com doenças crónicas, em particular a DRC e a DM tipo 2.

### 1.5. Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem

A teoria é importante tanto para a enfermagem enquanto disciplina no ramo do ensino, como enquanto profissão no campo prático especializado. A teoria é o que permite conduzir o enfermeiro a uma nova compreensão através do processo de revisão organizada do pensamento crítico. A teoria de enfermagem que escolhi para guia orientador do meu raciocínio é de Dorothea Elizabeth Orem e denomina-se Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem (1971). Esta autora sentiu a necessidade de construir três teorias que, em conjunto, permitem um cuidado efetivo ao outro, desde a identificação das necessidades, às formas de resolução e o caminho a percorrer. Assim, construiu a **teoria do autocuidado** onde descreve, como e porquê, as pessoas cuidam de si; a **teoria do défice do autocuidado** descreve a razão, pela qual, as pessoas podem necessitar de ser ajudadas pela equipa de enfermagem, por fim, a teoria dos **sistemas de enfermagem** explica as relações que têm de ser estabelecidas para assegurar o autocuidado.

A teoria geral de Orem proporciona a visão do fenómeno da enfermagem permitindo que a enfermeira, juntamente com o indivíduo, implemente ações de autocuidado adaptadas às suas necessidades de maneira a que a relação de ajuda promova o exercício do autocuidado. Apresentam-se, em seguida, a descrição destas teorias:

#### TEORIA DO AUTOCUIDADO

Autocuidado segundo Tommey e Alligood (2002) é a prática de atividades que favorecem o aperfeiçoamento e amadurecem as pessoas. Estas atividades são realizadas num tempo para benefício do próprio e com o objetivo de preservar a vida e um funcionamento estável. Promovem o desenvolvimento e bem-estar pessoal, ou seja, é a atividade que os indivíduos praticam em seu benefício para manter a vida, a saúde e o bem estar. Diógenes e Pagliuca (2013) alerta para o facto de existirem fatores que poderão facilitar/condicionar o autocuidado, como a idade, o sexo, o estado de desenvolvimento, o estado de saúde, a orientação sócio-cultural e os fatores do sistema de atendimento de saúde.

Orem define alguns requisitos de autocuidado Universais (Tommey e Alligood, 2002):

- Manutenção de uma ingestão suficiente de ar, água e comida,
- A prestação de cuidados associados aos processos de eliminação de excrementos,
- Preservação de equilíbrio entre atividade e descanso,
- Equilíbrio entre solidão e interação social,
- Preservação de riscos para a vida, o funcionamento e o bem-estar do ser humano,

- Promoção do funcionamento e desenvolvimento humano nos grupos sociais de acordo com o potencial e limitações humanas conhecidas e desejo de ser normal<sup>1</sup>.

São também definidos os requisitos de autocuidado de Desenvolvimento:

- Tudo o que promove a vida e a maturação,
- O que previne as condições perniciosas para a maturação e as que mitigam esses efeitos.

Diógenes e Pagliuca (2013) elenca alguns exemplos: procura de assistência médica adequada e cumprimento do tratamento, modificação do autoconceito (e da auto-imagem) na aceitação de si, da vida e dos efeitos do tratamento e promoção de um estilo de vida que promova o desenvolvimento contínuo do indivíduo.

Nesta teoria conseguimos compreender que ao desempenharmos, num determinado tempo, atividades que promovem e asseguram os requisitos universais e de desenvolvimento, estamos a autocuidar-nos de forma eficaz.

## **TEORIA DO DÉFICE DE AUTOCUIDADO**

Défice de autocuidado segundo Tommey e Alligood (2002) é uma relação entre a necessidade de autocuidado terapêutico e a atividade de autocuidado onde, por algum motivo, não é possível desempenhar estas atividades por não serem operáveis, adequadas ou não preencherem alguns componentes da necessidade de autocuidado terapêutico existente ou prejudicada. Diógenes e Pagliuca (2013) salienta ainda que este ocorre quando o ser humano se acha incapaz de promover autocuidado e que, para tal, necessita da ajuda de enfermagem.

Requisitos de desvios de saúde são tudo o que causa dependência ou alteração do funcionamento do indivíduo causando alterações nos seus poderes de atuação, desenvolvidos ou em desenvolvimento.

Para caracterizar a necessidade de autocuidado, existem dois aspetos explicitados por Tommey e Alligood (2002): O fator identificado nos requisitos (funcionamento humano) e a atividade do requisito (promover, manter, prevenir e prover).

---

<sup>1</sup> Definido como o que é essencial ao humano e o que está de acordo com as características genéticas e constitucionais e os talentos dos indivíduos.



Nesta teoria refletimos e definimos o que pode causar um défice de autocuidado, ou seja, todas as agressões externas ou internas que causam dependência de terceiros e que incapacitam o indivíduo de realizar o seu próprio cuidado. Para que sejam corretamente definidas as causas, é importante atender a dois aspetos: Qual o requisito que se encontra deficitário e qual a ação que devemos executar (promover, manter, prevenir ou prover).

Na DRC poderemos encontrar défice ao nível de todos os requisitos, uma vez que ocorrem restrições dietéticas, necessidades hídricas específicas, preocupação constante com tudo o que pode causar alteração da função renal, idas recorrentes ao médico, que causam constrangimentos a nível social e risco de solidão. As situações referidas podem influenciar o funcionamento e bem-estar da pessoa, necessitando, assim, de realizar um acompanhamento e prestação de cuidados direcionados e individualizados.

## **SISTEMAS DE ENFERMAGEM**

Esta teoria relata um conjunto de ações práticas e deliberadas por parte das enfermeiras em coordenação com as ações dos seus utentes de forma a conhecer e satisfazer componentes das necessidades de autocuidado terapêutico. Estas ações são para proteger e regular o desenvolvimento e o exercício da atividade do autocuidado. Diógenes e Pagliuca (2013) refere que segundo a Orem, na enfermagem, existem 5 métodos de minimizar este défice: Agir ou fazer para o outro, guiar o outro, apoiar o outro (física ou psicologicamente), proporcionar um ambiente que promova o desenvolvimento pessoal, e ensinar o outro.

Tommey e Alligood (2002) Diógenes e Pagliuca (2013) definem que o agente (de cuidar dependente) é a pessoa que toma, ou que tem poder para tomar, parte no decurso de uma ação. Deverá ser um adulto em maturação que aceite a responsabilidade de conhecer e colmatar a necessidade terapêutica de autocuidado de outras pessoas que são socialmente dependentes deles ou de regular o desenvolvimento ou exercício de atuação dessas pessoas. A enfermeira é uma profissional treinada e experiente que pode proporcionar cuidados de enfermagem para pessoas que necessitam de cuidados especiais, beneficiando-as. A enfermeira é a profissional que poderá ajudar o indivíduo, ao promover a interação entre a pessoa, família e profissional (exemplo numa consulta de enfermagem) de forma a envolver todos os elementos no tratamento, orientando para as práticas de autocuidado (Diogénes, 2013).

De forma a estruturar este processo, a função do profissional, segundo Tommey e Alligood (2002) e Diógenes e Pagliuca (2013), consiste em sintetizar elementos situacionais e concretos, com base em juízos práticos reflexivos, em todos os momentos de

acompanhamento do indivíduo. O profissional de enfermagem deve realizar estas ações antes e depois do diagnóstico, bem como, nas suas prescrições de enfermagem. Os sistemas podem ser: totalmente compensatórios (quando o ser humano está incapaz de cuidar de si mesmo, e a enfermeira o assiste, substituindo-o, sendo suficiente para ele), parcialmente compensatórios (quando a enfermeira e o indivíduo participam na realização de ações terapêuticas de autocuidado) ou de apoio-educação (quando o indivíduo necessita de assistência na forma de apoio, orientação e ensinamento).

Desta forma, podemos concluir que, enquanto enfermeiros estabelecemos, com base naquilo que observamos, sistemas terapêuticos para diagnosticar, definir e ajudar a pessoa a gerir e promover atividades que permitam autocuidar-se. De acordo com as limitações que a pessoa possa apresentar no seu autocuidado, podemos ter diferentes métodos de ajuda os quais devem ser utilizados tanto de forma isolada como associadas: Atuar ou fazer por outrem, orientar e dirigir, fornecer apoio físico ou psicológico, proporcionar e manter um ambiente que favoreça o desenvolvimento pessoal e ensinar.

Assim, as teorias desenvolvidas por Orem, tal como refere Queiroz, Vidinha e Filho (2014) foram um enorme contributo para a enfermagem pois, tem a amplitude suficiente para enquadrar múltiplas situações do cotidiano da enfermagem e permitir a construção de narrativas explicativas quer do processo de enfermagem quer das respostas para os problemas de saúde, doença e de bem-estar das pessoas.

Para além destes argumentos, a escolha da teoria de Orem para este trabalho prende-se com dois aspetos principais:

- a utilização recorrente desta teoria em trabalhos na área da doença crónica (DM tipo 2 e DRC),
- o relacionamento entre o autocuidado que a pessoa exerce dentro das suas capacidades com a autoeficácia necessária para desenvolver esse cuidado.



## 2. PROCESSO METODOLÓGICO

### 2.1. Justificação do Projeto de Investigação

Segundo Menezes et.al (2017) a interpretação do contexto social é relevante para as condições do tratamento, em relação à adesão e controlo para a não progressão da doença renal crónica. Estes autores acreditam que, traçando um perfil destas pessoas, é possível contribuir para direcionar melhor os cuidados em equipa multidisciplinar, com principal relevância, para a equipa de enfermagem. Tendo em conta tudo o que foi exposto, pareceu-me importante e interessante estudar a relação entre a depressão e a autoeficácia nas pessoas com Doença Renal Crónica e Diabetes Mellitus tipo 2.

Na minha atividade laboral acompanho pessoas que são seguidas em consulta de diabetologia e nefrologia por serem portadores de DM tipo 2 e, como principal complicação, apresentam DRC. De forma empírica, reconhecemos que a gestão do regime terapêutico é uma dificuldade para as pessoas com doença crónica, seja a gestão da alimentação, da atividade física ou da medicação. Esta dificuldade aumenta quando existem múltiplas doenças (DRC e DM tipo 2) que colocam limitações /imposições diferentes. Sabemos que a depressão é um dos principais fatores que afeta a autoeficácia da pessoa na gestão da doença e do seu regime terapêutico. Assim, considera-se pertinente e importante fazer um levantamento das diferentes características da população no local onde trabalho e compreender qual a relação que existe entre a depressão e a capacidade de autoeficácia, de acordo com as diferentes características.

No seu estudo Wu et al. (2013) concluiu que a **autoeficácia** pode ser considerada um preditor preciso do **autocuidado** e **depressão**, pois encontrou uma correlação positiva entre autoeficácia e autocuidado e uma correlação negativa entre autoeficácia e depressão. Já, em 2010, Mabán e Almagiá tinham encontrado informação coincidente e que apontava no mesmo sentido das relações entre autoeficácia, depressão e autocuidado. Assim, parece ser fundamental estudar sintomas depressivos na pessoa com **DRC** e **DM** tipo 2 e relacionar este fator com a autoeficácia em relação ao seu tratamento, de forma, a capacitar os profissionais de saúde a promover, corretamente, o autocuidado na pessoa.

Este trabalho de investigação pretende obter e analisar informações, que permitam orientar as intervenções de enfermagem na consulta de nefrologia, de modo a promover ganhos em saúde e a melhoria da qualidade de vida das pessoas com doença renal crónica.

## 2.2. Processo Metodológico

**TÍTULO:** Doença Renal Crónica e Diabetes: Relação entre Depressão e Autoeficácia em adultos sem tratamento substitutivo da função renal acompanhados em consulta ambulatória.

**Palavras-Chave:** Doença Renal Crónica, Diabetes Mellitus tipo 2, Depressão, Autoeficácia

**Finalidade:** Relacionar comportamentos depressivos em pessoas com DRC e DM tipo 2 com a sua autoeficácia e parâmetros laboratoriais e algumas variáveis de caracterização da amostra.

**Questão de Investigação:** Qual a relação que existe entre o grau de depressão e autoeficácia em pessoas com DRC e DM tipo 2 acompanhadas em consulta ambulatória?

### **Objetivos:**

- Realizar um enquadramento teórico, de forma a definir Doença Renal Crónica e Diabetes Mellitus tipo 2
- Conhecer o que existe na literatura sobre Depressão e Autoeficácia na doença crónica
- Caracterizar os níveis de Depressão e Autoeficácia dos participantes no estudo
- Comparar os níveis de Depressão e Autoeficácia com alguns parâmetros laboratoriais e algumas variáveis de caracterização da amostra.

### 2.2.1. Tipo de Estudo

Realizou-se um estudo descritivo e transversal de abordagem quantitativa.

### 2.2.2. Contexto do Estudo

O estudo foi desenvolvido na APDP com especial particularidade nas Consultas de Nefrologia desta instituição. Atendendo a que é o local onde trabalho, esse aspeto contribuiu para rentabilizar o tempo destinado à pesquisa.

Para realização deste trabalho de investigação, tive como principais recursos a **ESEL**, na pessoa da Professora Maria Saraiva como minha orientadora, a **Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal**, onde fiz a colheita de dados contando com o apoio do Diretor Clínico Professor Dr. João Filipe Raposo e Enfermeira Coordenadora Lurdes Serrabulho, bem como de todas as minhas colegas enfermeiras, que colaboram nas Consultas de Diabetologia e Nefrologia.

Por alguns contratempos durante o executar do projeto foi necessário realizar pequenas alterações/ajustes. Em vez do período inicial de 2 meses para colheita de dados, foi necessário realizar entre os meses Outubro e Janeiro, de forma a obter uma amostra mais representativa (APÊNDICE I).

### **2.2.3. Participantes do Estudo**

Responderam ao questionário (APÊNDICE IV) todas as pessoas que frequentaram a consulta de enfermagem na APDP, nos meses de Outubro de 2017 a Janeiro de 2018, que cumpram os seguintes critérios de inclusão:

#### **Critérios de Inclusão do estudo**

- Idade superior a 18 anos
- Ser portador de Diabetes Mellitus tipo 2
- Ser portador de Doença Renal Crónica
- Ter acompanhamento médico das duas patologias

#### **Critérios de Exclusão do estudo**

- Défice cognitivo diagnosticado ou analfabetismo
- Não ter acompanhamento das duas patologias na mesma instituição
- Estar em tratamento substitutivo da função renal (Diálise Peritoneal, Hemodiálise ou Transplante).

### **2.2.4. Colheita de Dados**

Foram aplicadas escalas da Autoeficácia Geral (ANEXO I e APÊNDICE II) e o Índice Depressivo de Beck (ANEXO II e APÊNDICE III) validadas para a população portuguesa, e consultados os processos das pessoas que aceitaram, de livre vontade, participar no estudo para colheita de dados analíticos das suas patologias (HbA1c, estadio da doença renal crónica e valores de tensão arterial).

As respostas foram escritas no momento do consentimento informado, de forma a garantir um retorno de 100% nas escalas aplicadas e foram auto-preenchidas de forma a não permitir que as respostas fossem adulteradas, por necessidade de verbalizar para terceiros.

A recolha da informação nos processos clínicos, foi feita pelo investigador durante o tempo de preenchimento das escalas pelo participante.

### **2.2.5. Pontos Fortes e Pontos Fracos/Limitações do Estudo**

O presente projeto tem como ponto forte o facto de ser aplicado numa instituição onde é fácil ter acesso à população e respetivos processos clínicos (sendo estas pessoas de diferentes faixas etárias, diferentes locais de residência e situação profissional...). Outro aspeto positivo é o facto de abordar uma temática pouco explorada na literatura atual, uma vez que, a maioria dos estudos aborda estas questões em pessoas que se encontram em tratamento de substituição renal (principalmente hemodiálise).

Um ponto fraco/limitação prende-se com a dificuldade em obter uma amostra mais significativa. Devido a problemas que surgiram ao longo do período de recolha, o número da amostra foi diminuído:

- Foram recolhidos questionários parcialmente em branco ou mal preenchidos.
- A diminuição das consultas diminuiu o acesso a pessoas que cumpriam os critérios de inclusão
- Verificou-se algumas pessoas com analfabetismo.

Todos estes fatores contribuíram para limitações do estudo e, certamente que uma amostra mais significativa e representativa da população permitiria uma maior validade e possivelmente conclusões mais expressivas.

### **2.2.6. Considerações Éticas**

O estudo decorreu de acordo com os preceitos éticos preconizados para a investigação em enfermagem e com o previsto no Código Deontológico do Enfermeiro, nomeadamente na alínea d) do Artigo 85º - “manter o anonimato da pessoa sempre que o seu caso for usado em situações de ensino, investigação ou controlo da qualidade de cuidados” (OE, 2003, p.79).

Foram solicitadas e concedidas todas as autorizações necessárias a nível institucional de forma a poder aplicar os instrumentos de colheita de dados e este projeto foi submetido e aceite pela Comissão de Ética da APDP (ANEXO III).

Assim, está assegurada a confidencialidade dos dados e o anonimato dos (as) participantes, para isso os questionários não contêm nenhuma questão que identifique a pessoa e são numerados, sendo este número o único fator identificador entre a pessoa, o consentimento e o questionário. A investigação só teve início após ter explicado aos (às) participantes o propósito e o processo de pesquisa e após a obtenção por escrito do consentimento livre e esclarecido.

Durante a explicação os participantes foram informados do direito de se recusar a participar ou de se retirar da pesquisa em qualquer momento até ao início de análise dos dados, este processo foi efetuado através da entrega da cópia do consentimento informado, onde consta o meu endereço de correio electrónico e o código do questionário da pessoa, para que possa ser identificado.

### 3. ANÁLISE DOS DADOS

Neste capítulo será feita a análise dos dados colhidos pela equipa de enfermagem da APDP às pessoas que cumpriam os critérios de inclusão no estudo em questão e que consentiram (através de consentimento informado). Durante o período de recolha foram aplicados com retorno positivo e sem lapsos/erros de preenchimento 46 questionários que se apresentam os resultados em seguida.

Para análise dos dados, das duas escalas aplicadas e os valores laboratoriais para a caracterização da amostra, utilizei o programa SPSS Versão 24.

#### 3.1. Caracterização Sociodemográfica da amostra

A caracterização sociodemográfica consistiu na avaliação de:

- **Sexo** – Compreender se há uma distribuição entre homens e mulheres de igual forma
- **Idade** – Caracterizar a faixa etária que é portadora de DM tipo 2 e DRC
- **Agregado Familiar** – Compreender que tipo de suporte/apoio poderão, ou não, ter as pessoas e se está relacionado com maior probabilidade de depressão
- **Distrito onde vive** – Apesar da APDP estar sediada em Lisboa atende pessoas de todo o país e poderia ser relevante compreender a dispersão das pessoas em termos de localização ao longo do país.
- **Habilitações literárias** – Caracterizar o grau de escolaridade e compreender se uma maior escolaridade permite uma maior capacidade de autoeficácia.
- **Situação profissional** – O facto da pessoa trabalhar pode influenciar a sua disponibilidade e motivação para a saúde, e o facto de estar sem atividade laboral por desemprego ou reforma pode também influenciar.

De seguida cada uma destas variáveis foi analisada de forma isolada.



Foram inquiridas 29 pessoas do sexo masculino, que corresponde a uma percentagem de 63% da população total da amostra e 17 pessoas do sexo feminino, perfazendo 37% dos 46 inquiridos, tal como mostra a tabela:

**Tabela 6 - Sexo**

	Frequência	Percentagem	Percentagem cumulativa
Masculino	29	63,0	63,0
Feminino	17	37,0	100,0
Total	46	100,0	

Relativamente à idade, inicialmente foi pensado a divisão entre adulto e idoso (18-64 e Superior a 64 anos). No entanto, considerou-se que o grupo etário do adulto seria muito vasto, assim optou-se por realizar uma divisão intermédia ficando o grupo: 18-45; 46-64 e Superior a 64. Assim, 1 dos indivíduos tinha menos de 45 anos de idade, 12 pessoas (26,1%) encontravam-se na faixa etária de adulto entre os 46 e os 64 anos de idade e 33 dos inquiridos (71,7%) eram idosos. Concluímos que a população que constitui esta amostra é uma população envelhecida, tal como refere a literatura:

**Tabela 7 - Idade**

	Frequência	Percentagem	Percentagem cumulativa
18-45	1	2,2	2,2
46-64	12	26,1	28,3
Mais de 64	33	71,7	100,0
Total	46	100,0	

Nenhum dos inquiridos vive com tios, avós ou netos, nem têm residência num lar. 7 pessoas (15,2%) vivem sozinhas e as restantes acompanhadas por alguém: 1 pessoa vive com amigos (2,2%), 29 pessoas vivem com familiar por afinidade, um(a) companheiro(a), seja casado ou em união de facto e 9 pessoas vivem com familiares consanguíneos (pais, filhos, irmãos...) Conclui-se que a maioria das pessoas inquiridas vive acompanhada, pelo que, terá alguma rede de suporte, algo relevante, pois Orem defende a importância de um equilíbrio entre solidão e interação social:

**Tabela 8 - Agregado Familiar**

	Frequência	Percentagem	Percentagem cumulativa
Sozinho	7	15,2	15,2
Amigos	1	2,2	17,4
Casado / Companheiro(a) / União de Facto	29	63,0	80,4
Pais / Filhos / Irmãos	9	19,6	100,0
Total	46	100,0	

Relativamente ao local de residência, foram acrescentados os distritos de acordo com o que era enumerado pelos participantes, sendo que 36 pessoas (78,3%) moram no distrito de Lisboa, 9 (19,6%) pessoas moram no distrito de Setúbal e apenas 1 (2,2%) mora no distrito de Santarém:

**Tabela 9 - Distrito onde Reside**

	Frequência	Percentagem	Percentagem cumulativa
Lisboa	36	78,3	78,3
Setúbal	9	19,6	97,8
Santarém	1	2,2	100,0
Total	46	100,0	

Relativamente às habilitações literárias, realizou-se a divisão em 4 grupos, relacionados com os ciclos do ensino, 1º, 2º e 3º ciclos do ensino básico e Ensino Superior. Das pessoas inquiridas, 23 (50%) estudaram até 4 anos, 12 pessoas (26,1%) estudaram até 9 anos, 7 pessoas (15,2%) estudaram até 12 anos e 4 pessoas (8,7%) frequentaram o ensino superior.

Podemos afirmar que se trata de uma amostra cujo nível educacional é tendencialmente mais baixo:

**Tabela 10 - Habilitações Literárias**

	Frequência	Percentagem	Percentagem cumulativa
Até 4 anos	23	50,0	50,0
Até 9 anos	12	26,1	76,1
Até 12 Anos	7	15,2	91,3
Ensino Superior	4	8,7	100,0
Total	46	100,0	

Relativamente à atividade profissional 10 pessoas (21,7%) encontravam-se a trabalhar, estando as restantes 36 sem trabalho, sendo que 2 (4,3%) por desemprego e 34 pessoas (73,9%) aposentadas/reformadas:

**Tabela 11 - Situação Profissional**

	Frequência	Percentagem	Percentagem cumulativa
Com Actividade Laboral (no activo)	10	21,7	21,7
Sem Actividade Laboral (aposentado/reformado)	34	73,9	95,7
Desempregado	2	4,3	100,0
Total	46	100,0	

Quando cruzados os dados entre idade e situação profissional podemos observar que ainda em idade ativa encontramos 5 pessoas (10,9%) que estão reformadas. Estas reformas antecipadas, poderão ou não, estar relacionadas com a DM tipo2 e/ou DRC.

**Tabela 12 - Ralação Idade \* Situação Profissional**

			Situação Profissional			
			Com Actividade Laboral (no activo)	Sem Actividade Laboral (aposentado/reformado)	Desempregado	Total
Idade	18-45	Contagem	1	0	0	1
		% do Total	2,2%	0,0%	0,0%	2,2%
	46-64	Contagem	6	5	1	12
		% do Total	13,0%	10,9%	2,2%	26,1%
	Mais de 64	Contagem	3	29	1	33
		% do Total	6,5%	63,0%	2,2%	71,7%
Total	Contagem	10	34	2	46	
	% do Total	21,7%	73,9%	4,3%	100,0%	

### 3.2. Caracterização das variáveis do estudo

As variáveis de avaliação do estudo que foi desenvolvido são:

- **Valor de HbA1c** – De forma a caracterizar o grau de compensação metabólica dos participantes.
- **Estadio da DRC** – Para conseguir compreender em que grau da DRC se encontram os participantes.
- **Valor de TA** – Pois é um valor referente a um aspecto importante quer na DM tipo 2 quer na DRC.
- **Resultado da EAG** – Resultado da escala para caracterização da autoeficácia
- **Resultado IDB** – Resultado da escala para despiste de sintomas depressivos

De seguida, cada uma destas variáveis foi analisada de forma isolada.

O valor da HbA1c é um dos valores mais importantes para a caracterização da compensação metabólica na DM tipo 2. Foram definidos três grupos. Boa compensação até aos 7%, onde se encontram 6 dos inquiridos (13%), mau controlo que corresponde aos valores entre 7,1% e 9,9%, onde se encontram 32 inquiridos (69,6%) e por fim, o péssimo controlo, superior a 10% onde se encontram 8 dos inquiridos (17,4%). Estes valores alertam-nos para a importância de prevenir o agravamento da doença crónica, com especial enfoque na DM tipo 2.

**Tabela 13 - Valor de HbA1c**

	Frequência	Percentagem	Percentagem cumulativa
Até 7%	6	13,0	13,0
Entre 7,1% e 9,9%	32	69,6	82,6
Superior a 10%	8	17,4	100,0
Total	46	100,0	

Como já referido anteriormente, a DRC tem diversos estadios caracterizados pela TFG e o valor de Relação de Albumina/Creatinina, assim, no Grau 2 observam-se 8 pessoas (17,4%), no Grau 3 estão 31 pessoas (67,4%) e no Grau 4 encontram-se 7 pessoas (15,2%); dentro deles distribuídos pelos valores de Albuminúria:

**Tabela 14 - Estadio da DRC**

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem cumulativa
G2A1	1	2,2	2,2
G2A2	5	10,9	13,0
G2A3	2	4,3	17,4
G3A1	9	19,6	37,0
G3A2	10	21,7	58,7
G3A3	12	26,1	84,8
G4A1	1	2,2	87,0
G2A2	4	8,7	95,7
G4A3	2	4,3	100,0
Total	46	100,0	

Para caracterização do valor de Tensão Arterial optou-se por dividir em normotenso (até 120/80mmHg) onde se encontraram 4 pessoas (8,7%), pré-hipertensão onde estão 16 dos inquiridos (34,8%) e hipertensão onde se encontram 26 inquiridos (56,5%). Durante o estudo foram recolhidos os últimos dois valores de TA de forma a despistar um pico hipertensivo ou outra situação de TA alterada, o que não se verificou em nenhum dos inquiridos, tanto o último como penúltimo valor permaneciam no mesmo grupo de avaliação, optando-se por utilizar o último valor obtido. Mais de metade das pessoas inquiridas apresenta um perfil de hipertensão arterial:

**Tabela 15 - Valor de TA**

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem cumulativa
Até 120/80 mmHg	4	8,7	8,7
Até 139/89 mmHg	16	34,8	43,5
Superior a 140/90 mmHg	26	56,5	100,0
Total	46	100,0	

Uma das escalas aplicadas é a da Autoeficácia Geral, os autores não definem pontos de corte para avaliação desta escala, assim, e para uma questão de fácil leitura, resolveu-se dividir igualmente em 3 grupos. Entre 10 - 20 (baixa autoeficácia) encontram-se 2 pessoas (4,3%), entre 21 - 30 (autoeficácia média) estão 14 pessoas (30,4%) e a maioria entre 31 - 40 (elevada autoeficácia), perfazendo 30 pessoas (65,2%), pelo que podemos concluir que os indivíduos inquiridos apresentam uma elevada Autoeficácia Geral:

**Tabela 16 - Resultado EAG**

	Frequência	Percentagem	Percentagem cumulativa
Entre 10 e 20	2	4,3	4,3
Entre 21 e 30	14	30,4	34,8
Entre 31 e 40	30	65,2	100,0
Total	46	100,0	

Outra das escalas aplicadas é o Índice Depressivo de Beck, onde foram utilizados como grupos os pontos de corte definidos pelo autor; menor que 10 (sem depressão ou depressão mínima); de 10 a 18 (depressão de leve a moderada); de 19 a 29 (depressão de moderada a grave); de 30 a 63 (depressão grave). Assim, identificou-se sem depressão ou depressão mínima 19 pessoas (41,3%), depressão de leve a moderada, 17 pessoas (37,0%), depressão de moderada a grave, 6 pessoas (13,0%) e depressão grave 4 pessoas (8,7%). Dos inquiridos a maior parte encontra-se nos dois primeiros estádios (sem depressão, depressão mínima ou moderada/leve):

**Tabela 17 - Resultado IDB**

	Frequência	Percentagem	Percentagem cumulativa
Inferior a 10	19	41,3	41,3
10 a 18	17	37,0	78,3
19 a 29	6	13,0	91,3
30 a 63	4	8,7	100,0
Total	46	100,0	

### 3.3. Análise dos dados

Após o trabalho de revisão bibliográfica e a descrição das diferentes variáveis estar desenvolvida, surgiram algumas questões fruto da leitura de múltiplos artigos acerca da relação que poderia, ou não, existir entre as diferentes variáveis avaliadas neste estudo. Desta forma, a partir dessas questões foram realizadas as relações entre várias variáveis e, analisados os resultados de forma a extrair algumas conclusões que possam servir como uma mais-valia para a prática da enfermagem. Por exemplo, será que o facto da pessoa viver sozinha ou acompanhada influencia o surgimento de sintomas depressivos?

Das 7 pessoas que vivem sozinhas, 4 apresentam sintomas de depressão leve a moderada, 1 pessoa depressão moderada a grave e 2 pessoas encontram-se com sintomatologia de depressão grave, não tendo sido identificado ninguém neste grupo que não apresente sintomas de depressão ou depressão mínima. Por outro lado, a única pessoa que vive com amigos, não obteve um score de 10, pelo que se encontra sem depressão ou depressão mínima. Das pessoas que vivem acompanhadas por familiares, 18 encontram-se sem depressão ou depressão mínima, 13 apresentam depressão leve ou moderada, 5 indivíduos encontram-se com sintomas de depressão moderada, e 2 de depressão grave.

Fazendo uma análise de acordo com o resultado do Índice Depressivo de Beck conclui-se que metade das pessoas com sintomas de depressão grave vive sozinha e todas as pessoas que têm um score inferior a 10 (sem depressão ou depressão mínima) vivem acompanhadas, seja por familiares ou amigos. Assim, podemos concluir que viver sozinho aumenta a probabilidade de surgirem sintomas depressivos nas pessoas com DM tipo 2 e DRC. Este resultado alerta-nos para a importância de estarmos atentos à rede de suporte das pessoas que acompanhamos em consulta ambulatória, de forma a prevenir o surgimento de sintomas depressivos.

**Tabela 18 - Relação Agregado Familiar \* Resultado IDB**

			Resultado IDB				
			Inferior a 10	10 a 18	19 a 29	30 a 63	Total
Agregado Familiar	Sozinho	Cont	0	4	1	2	7
		% Total	0,0%	8,7%	2,2%	4,3%	15,2%
	Amigos	Cont	1	0	0	0	1
		% Total	2,2%	0,0%	0,0%	0,0%	2,2%
	Casado / Companheiro(a) / União de Facto	Cont	14	10	4	1	29
		% Total	30,4%	21,7%	8,7%	2,2%	63,0%
	Pais / Filhos / Irmãos	Cont	4	3	1	1	9
		% Total	8,7%	6,5%	2,2%	2,2%	19,6%
Total	Cont	19	17	6	4	46	
	% Total	41,3%	37,0%	13,0%	8,7%	100,0%	

Outra questão que surgiu prende-se com o facto de saber se a escolaridade pode, ou não, influenciar a capacidade de autoeficácia da pessoa.

Relativamente à escolaridade apresentada pelos inquiridos e a sua capacidade de autoeficácia, verificou-se que as 4 pessoas com ensino superior apresentam melhor autoeficácia (8,7%) e os que se encontram no terço correspondente a uma autoeficácia mais baixa têm até 4 anos de escolaridade (4,3%). Ainda assim, na globalidade a população inquirida apresenta boa capacidade de autoeficácia (65,2%) e apenas 2 pessoas (4,3%) apresentam uma baixa autoeficácia.

Ao analisar a tabela na sua globalidade conclui-se que quanto maior o nível de escolaridade, maior a probabilidade de uma capacidade de autoeficácia. Este aspeto é especialmente relevante, uma vez que, 50% da população estudada e grande parte da população que é acompanhada por diabetes mellitus tipo 2 tem uma baixa escolaridade.

**Tabela 19 - Relação Habilitações Literárias \* Resultado EAG**

			Resultado EAG			
			Entre 10 e 20	Entre 21 e 30	Entre 31 e 40	Total
Habilitações Literárias	Até 4 anos	Cont	2	8	13	23
		% Total	4,3%	17,4%	28,3%	50,0%
	Até 9 anos	Cont	0	4	8	12
		% Total	0,0%	8,7%	17,4%	26,1%
	Até 12 Anos	Cont	0	2	5	7
		% Total	0,0%	4,3%	10,9%	15,2%
	Ensino Superior	Cont	0	0	4	4
		% Total	0,0%	0,0%	8,7%	8,7%
Total		Cont	2	14	30	46
		% Total	4,3%	30,4%	65,2%	100,0%

Uma vez que a escolaridade influencia a autoeficácia, a atividade profissional (se a pessoa tem ou não ocupação diária), pode ou não influenciar o surgimento de sintomas depressivos e representar maior ou menor autoeficácia geral.

As duas pessoas desempregadas (4,3%) apresentam sintomatologia de depressão moderada e encontrou-se uma no nível de maior autoeficácia geral e outra no nível intermédio. Dos que estão aposentados/reformados, 11 pessoas (23,9%) não apresentam sintomas depressivos, ou depressão mínima, 13 inquiridos (28,3%) apresentam depressão moderada, 6 pessoas (13%) depressão moderada a grave e 4 pessoas (8,7%) sintomatologias de depressão grave. Já nos níveis de autoeficácia temos por ordem crescente de autoeficácia 2 pessoas no nível mínimo, 13 no nível intermédio e 19 pessoas no nível mais elevado de autoeficácia.



Analisando de acordo com os resultados IDB 41,3% (19 pessoas) não apresentam sintomas depressivos ou depressão mínima e 37% (17 pessoas) depressão leve a moderada. Apenas 21,7% (10 pessoas) se encontram na depressão moderada a grave ou grave. Na globalidade podemos concluir que a atividade laboral pode prevenir a presença de sintomas depressivos.

Desta forma, sobre a atividade laboral e a relação com os resultados do IDB e EAG, verificou-se que todos os que trabalham (10 pessoas que corresponde a 21,7%) encontram-se nos dois primeiros scores, ou seja, encontram-se sem depressão ou depressão ligeira (17,4%) até depressão moderada (4,3%) sendo que estas mesmas pessoas se encontram no nível de maior autoeficácia geral, demonstrando que uma autoeficácia está inversamente relacionada com os sintomas depressivos.

**Tabela 20 - Relação Situação Profissional \* Resultado IDB**

			Resultado IDB				
			Inferior a 10	10 a 18	19 a 29	30 a 63	Total
Situação Profissional	Com Actividade Laboral (no activo)	Cont	8	2	0	0	10
		% Total	17,4%	4,3%	0,0%	0,0%	21,7%
	Sem Actividade Laboral (aposentado/reformado)	Cont	11	13	6	4	34
		% Total	23,9%	28,3%	13,0%	8,7%	73,9%
	Desempregado	Cont	0	2	0	0	2
		% Total	0,0%	4,3%	0,0%	0,0%	4,3%
Total		Cont	19	17	6	4	46
		% Total	41,3%	37,0%	13,0%	8,7%	100,0%

**Tabela 21 - Relação Situação Profissional \* Resultado EAG**

			Resultado EAG			
			Entre 10 e 20	Entre 21 e 30	Entre 31 e 40	Total
Situação Profissional	Com Actividade Laboral (no activo)	Cont	0	0	10	10
		% Total	0,0%	0,0%	21,7%	21,7%
	Sem Actividade Laboral (aposentado/reformado)	Cont	2	13	19	34
		% Total	4,3%	28,3%	41,3%	73,9%
	Desempregado	Cont	0	1	1	2
		% Total	0,0%	2,2%	2,2%	4,3%
Total	Cont	2	14	30	46	
	% Total	4,3%	30,4%	65,2%	100,0%	

No entanto houve um aspecto que não foi assegurado, uma vez que algumas das pessoas que não têm atividade laboral (os reformados/aposentados) podem ter atividades de voluntariado ou outras atividades que ocupem o dia, podendo não permitir um resultado sem vieses.

Sabe-se que quer a escolaridade, a atividade profissional e o agregado familiar vão alterando ao longo do ciclo de vida de cada indivíduo, assim, surgiu a dúvida se estes aspetos e a sua relação com os resultados IDB e EAG, seriam influentes só por si, ou se o real fator seria a idade. Desta forma cruzou-se a idade com o resultado IDB e EAG.

Ao comparar a idade com o resultado IDB verificamos que a única pessoa com idade inferior a 45 anos encontra-se sem depressão ou depressão mínima, no grupo etário dos 46 aos 64 anos de idade as 12 pessoas encontram-se distribuídas entre sem depressão ou depressão mínima (17,4%), depressão leve a moderada (6,5%) e depressão moderada a grave (2,2%). Apenas no grupo das pessoas com mais de 64 anos de idade há uma distribuição pelos quatro grupos de sintomas depressivos descritos por Beck, onde 10 pessoas encontram-se entre sem depressão ou depressão mínima (21,7%), 14 pessoas com depressão leve a moderada (30,4%), 5 inquiridos com depressão moderada a grave (10,9%) e 4 pessoas com sintomas de depressão grave (8,7%).

Podemos concluir que é necessário ter um especial enfoque e atenção aquando da prestação dos cuidados às pessoas com mais de 64 anos pois, têm uma maior probabilidade de desenvolver sintomas de depressão grave.

**Tabela 22 - Relação Idade \* Resultado IDB**

			Resultado IDB				Total
			Inferior a 10	10 a 18	19 a 29	30 a 63	
Idade	18-45	Cont	1	0	0	0	1
		% Total	2,2%	0,0%	0,0%	0,0%	2,2%
	46-64	Cont	8	3	1	0	12
		% Total	17,4%	6,5%	2,2%	0,0%	26,1%
	Mais de 64	Cont	10	14	5	4	33
		% Total	21,7%	30,4%	10,9%	8,7%	71,7%
Total	Cont		19	17	6	4	46
	% Total		41,3%	37,0%	13,0%	8,7%	100,0%

Quando comparada idade com o resultado da EAG verificamos que a única pessoa com idade inferior a 45 anos tem uma elevada autoeficácia geral, no grupo etário dos 46 aos 64 anos de idade as 12 pessoas encontram-se distribuídas entre elevada autoeficácia (19,6%) e autoeficácia média (6,5%) e apenas as pessoas com mais de 64 anos de idade se encontram distribuídas pelos três perfis de autocuidado onde 43,5% (20 pessoas) apresenta elevada autoeficácia, 23,9% (11 pessoas) autoeficácia média e 4,3% (2 pessoas) autoeficácia baixa.

Assim, podemos concluir que o avançar da idade aumenta a probabilidade de uma baixa capacidade de autoeficácia. Sendo os mais idosos a principal população alvo dos cuidados à DM tipo

2 este aspecto deve ser considerado como relevante para promover o mais possível a autoeficácia nas pessoas com idade mais avançada.

**Tabela 23 - Relação Idade \* Resultado EAG**

			Resultado EAG			
			Entre 10 e 20	Entre 21 e 30	Entre 31 e 40	Total
Idade	18-45	Cont	0	0	1	1
		% Total	0,0%	0,0%	2,2%	2,2%
	46-64	Cont	0	3	9	12
		% Total	0,0%	6,5%	19,6%	26,1%
	Mais de 64	Cont	2	11	20	33
		% Total	4,3%	23,9%	43,5%	71,7%
Total	Cont	2	14	30	46	
	% Total	4,3%	30,4%	65,2%	100,0%	

Da análise dos dados conclui-se que o avançar da idade aumenta a probabilidade de surgirem sintomas depressivos e uma diminuição da autoeficácia.

Desta forma, o agregado familiar unipessoal, as habilitações literárias mais baixas, a não existência de atividade laboral (seja aposentado/reformado ou desempregado) e o avançar da idade, influenciam a capacidade de autoeficácia bem como o surgimento de sintomas depressivos nas pessoas com DM tipo 2 e DRC que são seguidas em consulta ambulatória, sendo importante compreender se existe alguma relação entre estes fatores e a evolução/estadiamento das doenças.

Assim foram comparados os resultados de IDB e EAG com os diferentes parâmetros laboratoriais: Hemoglobina Glicada, Tensão Arterial e Estadio da DRC.

Quando comparada a HbA1c com a autoeficácia geral, não podemos concluir que o aumento da glicémia e a diminuição da AE estejam relacionadas. Das 2 pessoas com menor autoeficácia uma tem um bom controlo da glicémia e a outra um controlo médio. Dos que apresentam autoeficácia média, 1 pessoa apresenta bom controlo, outra apresenta péssimo controlo e as restantes 12 apresentam um mau controlo. Por fim, os que apresentam uma boa autoeficácia 4 pessoas apresentam bom controlo, 19 apresentam mau controlo e os restantes 7 apresentam um péssimo controlo metabólico. Apesar de não ser possível concluir que uma maior autoeficácia geral corresponda a um melhor controlo metabólico, sabemos que quase metade da população inquirida (41,3%) tem uma autoeficácia geral elevada e apresenta um controlo metabólico entre 7,1% e 9,9%. Deste modo torna-se necessário um investimento por parte das equipas de saúde, nomeadamente por parte dos enfermeiros, de modo a acompanhar e utilizar a capacidade elevada de autoeficácia das pessoas para um melhor autocontrolo.

**Tabela 24 - Relação EAG \* Valor de HbA1c**

			Valor de HbA1c			
			Até 7%	Entre 7,1% e 9,9%	Superior a 10%	Total
Resultado EAG	Entre 10 e 20	Cont	1	1	0	2
		%Total	2,2%	2,2%	0,0%	4,3%
	Entre 21 e 30	Cont	1	12	1	14
		% Total	2,2%	26,1%	2,2%	30,4%
	Entre 31 e 40	Cont	4	19	7	30
		% Total	8,7%	41,3%	15,2%	65,2%
Total	Cont	6	32	8	46	
	% Total	13,0%	69,6%	17,4%	100,0%	

Quando comparado estadio da DRC com a autoeficácia geral, não podemos concluir que um certo estadio esteja relacionado com um melhor, ou pior, controlo da doença renal crónica. Das 2 pessoas com menor autoeficácia, uma encontra-se no Grau 3 e outra no Grau 4. Dos que apresentam autoeficácia média, 3 pessoas encontram-se no Grau 2, 9 indivíduos encontram-se no Grau 3 e 2 inquiridos encontram-se no grau 4. Por fim, dos que apresentam uma boa autoeficácia 5 pessoas encontram-se no Grau 2, 21 indivíduos encontram-se no Grau 3 e 4 inquiridos encontram-se no grau 4.

Apesar de não ser possível concluir que uma maior autoeficácia geral corresponda a um Grau de DRC inferior, não conseguimos garantir que ao longo do tempo e da evolução da própria doença, a autoeficácia das pessoas inquiridas não possa ter alterado, pelo que, uma lacuna neste estudo prende-se com o desconhecimento de anos de doença renal.

**Tabela 25 - Relação Resultado EAG \* Estadio da DRC**

			Estadio da DRC									
			G2A1	G2A2	G2A3	G3A1	G3A2	G3A3	G4A1	G2A2	G4A3	Total
Resultado EAG	Entre 10 e 20	Cont	0	0	0	1	0	0	0	1	0	2
		% Total	0,0%	0,0%	0,0%	2,2%	0,0%	0,0%	0,0%	2,2%	0,0%	4,3%
	Entre 21 e 30	Cont	1	2	0	4	3	2	0	1	1	14
		% Total	2,2%	4,3%	0,0%	8,7%	6,5%	4,3%	0,0%	2,2%	2,2%	30,4%
	Entre 31 e 40	Cont	0	3	2	4	7	10	1	2	1	30
		% Total	0,0%	6,5%	4,3%	8,7%	15,2%	21,7%	2,2%	4,3%	2,2%	65,2%
Total		Cont	1	5	2	9	10	12	1	4	2	46
		% Total	2,2%	10,9%	4,3%	19,6%	21,7%	26,1%	2,2%	8,7%	4,3%	100,0%

Ao comparar o valor de tensão arterial com a autoeficácia geral, tal como os dois aspetos anteriores, não podemos concluir que um melhor controlo da TA esteja relacionado com uma melhor autoeficácia. Das 2 pessoas com menor autoeficácia uma apresenta valores de pré-hipertensão e a outra valores de hipertensão. Dos que apresentam autoeficácia média, 3 pessoas apresentam valores normotensos, 2 indivíduos valores de pré-hipertensão e 9 pessoas valores de hipertensão. Por fim, das 30 pessoas que apresentam maior autoeficácia, 1 inquirido apresenta valores normotensos, 13 indivíduos apresentam valores de pré-hipertensão e 16 pessoas apresentam valores de hipertensão.

Apesar de não ser possível concluir que uma maior autoeficácia geral corresponda a um melhor controlo dos valores de tensão arterial, houve alguns fatores que não foram tidos em conta aquando da aplicação dos inquéritos, como por exemplo, se a pessoa está ou não a fazer tratamento para a HTA, fator que pode condicionar esta relação, uma vez que existem outros fatores que influenciam, para além da autoeficácia.

**Tabela 26 - Relação Resultado EAG \* Valor de TA**

			Valor de TA			Total
			Até 120/80 mmHg	Até 139/89 mmHg	Superior a 140/90 mmHg	
Resultado EAG	Entre 10 e 20	Cont	0	1	1	2
		% Total	0,0%	2,2%	2,2%	4,3%
	Entre 21 e 30	Cont	3	2	9	14
		% Total	6,5%	4,3%	19,6%	30,4%
	Entre 31 e 40	Cont	1	13	16	30
		% Total	2,2%	28,3%	34,8%	65,2%
Total	Cont		4	16	26	46
	% Total		8,7%	34,8%	56,5%	100,0%

Ao compararmos os mesmos aspetos (HbA1c, Estadio DRC e valor de TA) com o Índice Depressivo de Beck conseguimos obter uma conclusão muito semelhante quando comparados com a Escala de autoeficácia Geral. Por essa razão os resultados destas relações não são apresentados neste trabalho.

Após todos estes dados analisados, considerei importante, relacionar os valores dos resultados do índice depressivo de Beck com os resultados da Escala da Autoeficácia Geral de forma a compreender se, de facto, estas duas situações se encontram inversamente relacionadas.

Ao observar as pessoas sem sintomas depressivos ou com depressão leve e comparando com os diferentes resultados de autoeficácia conclui-se que 16 pessoas têm uma elevada autoeficácia geral e 3 indivíduos têm um valor médio de autoeficácia. Relativamente aos que apresentam depressão leve a

moderada, 11 pessoas têm uma elevada autoeficácia geral, 5 indivíduos têm um valor médio de autoeficácia e 1 inquirido tem baixa autoeficácia. Comparando os que apresentam depressão moderada a grave, 2 pessoas têm uma elevada autoeficácia geral, 3 indivíduos têm um valor médio de autoeficácia e 1 inquirido tem baixa autoeficácia. Por fim, os que apresentam sintomas de depressão grave 1 pessoa tem uma elevada autoeficácia geral e 3 indivíduos têm um valor médio de autoeficácia, ninguém apresenta baixa autoeficácia. Podemos concluir que quanto mais autoeficácia a pessoa apresenta, menor a probabilidade de ocorrerem sintomas depressivos e vice versa, de acordo com isto, observamos que 78,3% da população estudada comprova que a presença de sintomas depressivos e a autoeficácia geral estão inversamente relacionados.

**Tabela 27 - Relação Resultado IDB \* Resultado EAG**

			Resultado EAG			
			Entre 10 e 20	Entre 21 e 30	Entre 31 e 40	Total
Resultado IDB	Inferior a 10	Cont	0	3	16	19
		% Total	0,0%	6,5%	34,8%	41,3%
	10 a 18	Cont	1	5	11	17
		% Total	2,2%	10,9%	23,9%	37,0%
	19 a 29	Cont	1	3	2	6
		% Total	2,2%	6,5%	4,3%	13,0%
	30 a 63	Cont	0	3	1	4
		% Total	0,0%	6,5%	2,2%	8,7%
Total	Cont	2	14	30	46	
	% Total	4,3%	30,4%	65,2%	100,0%	

Com o estudo realizado podemos, em geral, concluir que existem alguns fatores não modificáveis por nós, equipa de saúde, que influenciam negativamente a capacidade de autoeficácia geral e o surgimento de sintomas depressivos como a baixa escolaridade, um agregado familiar unipessoal, o desemprego ou o facto de estar aposentado/reformado e o avançar da idade.

No entanto, no estudo realizado não foi possível confirmar o descrito na literatura, relativamente ao impacto que a depressão e a autoeficácia têm em alguns parâmetros laboratoriais e estadiamento/controlo metabólico de algumas doenças, como valores de Tensão Arterial, Hemoglobina Glicada e Estadio da DRC.

Apesar disso concluí-se que a presença de uma boa autoeficácia geral está inversamente relacionada à presença de sintomas depressivos, pelo que se o profissional de saúde detetar alguma alteração num dos fatores, poderá agir de forma mais precoce para prevenir outras complicações.



#### 4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste estudo foram aplicados 53 questionários, sendo que 7 deles foram excluídos da amostra por estarem parcialmente em branco ou mal preenchidos, pelo que a amostra final é de 46 questionários.

Como principais resultados de caracterização da amostra sabemos que temos uma população maioritariamente masculina (63%) e envelhecida (71,1% de pessoas com mais de 64 anos). Relativamente ao agregado familiar e local de residência a maioria das pessoas vive acompanhada por algum familiar, sendo que a principal fatia (63%) vive com familiar por afinidade, um(a) companheiro(a), seja casado ou em união de facto. 36 pessoas (78,3%) têm residência em Lisboa, fator que pode ser justificado pela localização da instituição ser em Lisboa, apesar de na instituição serem acompanhadas pessoas de todo o país. Analisando as habilitações literárias e situação profissional, concluímos que a população estudada apresenta uma baixa escolaridade (50%) e a maioria encontra-se sem atividade laboral (78,2%), seja por estarem aposentadas/reformadas (73,9%) ou por desemprego (4,3%). Um fator importante a realçar é que, quando cruzados os dados entre idade e situação profissional podemos observar que ainda em idade activa encontramos 5 pessoas (correspondente a aproximadamente 11%) que estão aposentadas/reformadas. Estas reformas antecipadas, poderão, ou não, estar relacionadas com a DM tipo2 e/ou DRC.

Quando realizamos a análise das variáveis de caracterização da compensação da DM tipo 2 e DRC observamos que a maioria da população (69%) apresenta um valor de HbA1c que corresponde a um mau controlo (valores entre 7,1% e 9,9%) e mais de metade (67,4%) dos inquiridos encontra-se no estadio 3 da DRC. Por fim, ao observarmos a distribuição dos valores de tensão arterial 26 pessoas (56,5%) apresentam um perfil de tensão arterial de hipertensão.

Estes resultados alertam-nos para a importância de prevenir o agravamento da doença crónica e a sintomatologia associada, campo onde a enfermagem tem um papel privilegiado pela sua proximidade com as pessoas, conhecimentos teóricos e práticos de excelência e dispõe dos meios para promover na pessoa e respetiva família estratégias para o seu autocuidado, seja através do agir ou fazer para o outro, guiar o outro, apoiar o outro (física ou psicologicamente), proporcionar um ambiente que promova o desenvolvimento pessoal, e ensinar o outro tal como define Orem na sua teoria de enfermagem.

Analisando os últimos dois aspetos dos questionários aplicados, concluímos que a população inquirida apresenta, na sua globalidade (65,2%), uma elevada capacidade de autocuidado e baixos níveis de sintomatologia depressiva. Quando relacionadas as diferentes variáveis entre si conseguimos extrair algumas conclusões que são importantes para a prática de cuidados.



Comparando o resultado do IDB com o agregado familiar conclui-se que metade das pessoas com sintomas de depressão grave vive sozinha e todas as pessoas que têm um score inferior a 10 (sem depressão ou depressão mínima) vivem acompanhadas, por familiares ou amigos. Assim, viver sozinho aumenta a probabilidade de surgirem sintomas depressivos nas pessoas com DM tipo 2 e DRC. Este resultado alerta-nos para a importância de estarmos atentos à rede de suporte das pessoas que acompanhamos em consulta ambulatoria de forma a prevenir o surgimento de sintomas depressivos.

Ao analisar a relação entre escolaridade e autoeficácia geral conclui-se que quanto maior o nível de escolaridade, maior a probabilidade de uma elevada capacidade de autoeficácia. Este aspecto é especialmente relevante, uma vez que 50% da população estudada e grande parte da população que é acompanhada pelos profissionais de saúde devido a diabetes mellitus tipo 2 tem uma baixa escolaridade e é fundamental uma compreensão da autoeficácia que a pessoa apresenta, de forma a elaborar intervenções de enfermagem apropriadas e individualizadas. Tal como refere Orem (2001) ao longo das suas 3 teorias é necessário compreender a forma como a pessoa se cuida, para poder identificar os défices do seu autocuidado e só depois é possível a equipa de enfermagem delinear as estratégias que vão ajudar a pessoa a cuidar de si própria, aumentando a sua autoeficácia.

A atividade profissional (se a pessoa tem ou não ocupação diária), pode minimizar o surgimento de sintomas depressivos e promover uma maior autoeficácia geral pois verificou-se que todos os que trabalham (10 pessoas que corresponde a 21,7%) encontram-se sem depressão ou depressão ligeira (17,4%) até depressão moderada (4,3%) e estas mesmas pessoas encontram-se no nível de maior autoeficácia geral. No futuro, noutro estudo semelhante, deverá ser verificado se as pessoas que não trabalham, têm ou não uma atividade ocupacional, de forma a compreender se este aspecto é influenciado por ter um trabalho remunerado ou o facto de ter uma ocupação.

A escolaridade, a atividade profissional e o agregado familiar vão alterando ao longo do ciclo de vida de cada indivíduo, assim, comparou-se os resultados IDB e EAG com a idade. Conclui-se que as pessoas com mais de 64 anos têm uma maior probabilidade de desenvolver sintomas de depressão grave pois 5 inquiridos (10,9%) apresentam depressão moderada a grave e 4 pessoas (8,7%) com sintomas de depressão grave, sendo o único grupo etário que apresenta 2 pessoas com resultados de baixa autoeficácia (4,3%).

Ao comparar os resultados de IDB e EAG com os diferentes parâmetros: Hemoglobina Glicada, Tensão Arterial e Estadio da DRC não foi possível estabelecer uma relação tão clara como nos aspetos anteriores, havendo uma distribuição mais homogênea ao longo dos parâmetros das tabelas. No entanto houve alguns aspetos que não foram avaliados, como os anos de doença, seja de DM tipo 2 ou DRC, que pode influenciar alguns aspetos do autocuidado destas duas patologias apesar de uma

autoeficácia geral elevada. Também não foi questionado se as pessoas estavam diagnosticadas com HTA e/ou se estavam a fazer alguma medicação para o efeito, podendo enviesar alguns resultados.

No entanto sabemos que grande parte da população inquirida (entre 34,8% a 44,6%) que tem uma autoeficácia geral elevada, apresenta uma HbA1c entre 7,1% e 9,9% , encontra-se no Grau 3 da DRC e apresenta um perfil de hipertensão arterial, pelo que se torna necessário um investimento por parte das equipas de saúde, nomeadamente por parte dos enfermeiros, num trabalho que possa acompanhar e utilizar a capacidade elevada de autoeficácia das pessoas para um melhor autocontrolo.

Nos últimos aspetos comparados neste estudo, observa-se que quanto mais autoeficácia a pessoa apresenta, menor a probabilidade de ocorrerem sintomas depressivos e vice-versa, de acordo com isto, observamos que 78,3% da população estudada comprova que a presença de sintomas depressivos e a autoeficácia geral estão inversamente relacionadas pois menor autoeficácia corresponde a mais sintomas depressivos presentes e maior autoeficácia corresponde a ausência de sintomas depressivos, ou depressão leve.

Com o estudo realizado podemos, em geral, concluir que existem alguns fatores não modificáveis que influenciam negativamente a capacidade de autoeficácia geral e o surgimento de sintomas depressivos como a baixa escolaridade, um agregado familiar unipessoal, o desemprego ou o facto de estar aposentado/reformado e o avançar da idade.

No entanto, no estudo realizado não foi possível confirmar o descrito na literatura, relativamente ao impacto que a depressão e a autoeficácia têm em alguns parâmetros laboratoriais e estadiamento/controlo metabólico de algumas doenças, como valores de Tensão Arterial, Hemoglobina Glicada e Estadio da DRC. Ao refletir no porquê destes resultados, considero que os valores utilizados para comparar com os resultados de IDB e EAG não dependem em exclusivo de um fator como a condição socioeconómica, o que pode interferir com a capacidade da pessoa aceder a alguns aspetos importantes do tratamento, ou até mesmo disponibilidade para consultas médicas e de enfermagem e a profissão que a pessoa tinha, ou tem, pois existem profissões que fruto de exigências físicas, ou de horários podem dificultar a adesão terapêutica e a correta gestão da doença.

Outra situação que considero importante referir é o facto de haver uma concentração de 67,4% das pessoas no Grau 3 da DRC, e 69,6% com um valor de HbA1c entre 7,1 e 9,9%, o que pode não permitir uma correta análise por poucos elementos nos restantes grupos.

Independentemente de não ser possível estabelecer uma relação entre autoeficácia e um melhor controlo da DM tipo 2 e melhor controlo da tensão arterial, bem como associar a presença de sintomas depressivos a um pior controlo das doenças crónicas com este estudo, sabemos que uma baixa autoeficácia geral, está relacionada com a presença de sintomas depressivos e esta situação

obriga, na sua maioria, a medicação que em alguns casos pode ter repercussões ao nível da função renal.

Concluindo, considero que, apesar de corresponder em grande parte ao que é descrito na literatura, comprovando a importância de estarmos atentos aos sintomas depressivos nas pessoas de quem cuidamos e promover estratégias de autoeficácia, existem alguns aspetos que necessitam de ser mais explorados e melhor descritos, de forma a dar consistência e robustez às conclusões.

## 5. CONCLUSÃO

Com este trabalho considero que consegui atingir o objetivo a que me propus no início deste curso: relacionar comportamentos depressivos em pessoas com DRC e DM tipo 2 com a sua autoeficácia e parâmetros laboratoriais. Para tal, foram definidos objetivos, aos quais dei resposta neste trabalho, ao longo dos 4 capítulos do documento:

No primeiro capítulo desenvolvi um quadro conceptual onde abordei as diferentes palavras-chave deste trabalho e descrevi sumariamente a relação entre elas, recorrendo a múltiplos autores recentes e com relevância sobre as diferentes temáticas, dando assim resposta ao primeiro objetivo específico que era realizar um enquadramento teórico de forma a definir Doença Renal Crónica e Diabetes Mellitus tipo 2 e conhecer o que existe na literatura sobre depressão e autoeficácia na doença crónica.

Segundo SPN (2017) a diabetes, enquanto etiologia dos doentes em TSFR, surge como a principal causa, com uma prevalência em 2016 de 28,5% , e encontra-se em crescimento pois no ano de 2017 a incidência é de 31,8%. Assim, é urgente o investimento na prevenção da evolução da DRC em pessoas com diabetes mellitus. Sabe-se, também, que estas pessoas beneficiam de medidas para atrasar a progressão da doença renal crónica pois perspectiva-se que “sem tratamento adequado, o tempo entre o início de uma insuficiência renal diabética e a falência renal em estágio terminal é de 5 a 7 anos” (NKF, 2007, p. 10), assim, um aspecto fundamental é o correto diagnóstico das duas doenças num estadio precoce para minimizar a evolução e o surgimento de complicações. Arriola-Hernández et. al (2017) alerta ainda para o risco agravado de quem tem múltiplas doenças crónicas e o consumo de maior número de medicamentos, contando, assim, a diabetes como um duplo fator de risco, pelo excesso e açúcar em circulação e a polimedicação.

Também sabemos que estas duas patologias não existem sozinhas e Wang et. al (2017) num estudo sobre a associação de fatores depressivos da DRC e DM tipo 2 na China, concluiu que estes têm uma maior predisposição para a ocorrência de sintomas depressivos e também indicou que a progressão da DRC relacionada com a DM tipo 2 está significativamente associada a sintomas de depressão. Sabe-se que a elevada prevalência de sintomas depressivos pode estar sub-diagnosticada e isso tem um impacto direto na saúde, qualidade de vida e capacidade do autocuidado. Desta forma foi importante estudar estas duas doenças e a sua relação com sintomas depressivos e a autoeficácia.

No segundo capítulo explicitarei como decorreu a construção do projeto de investigação, o seu planeamento e justificação da pertinência, e as diferentes etapas do processo metodológico, de forma

a dar relevo às aprendizagens que realizei ao longo do curso, que me permitem adquirir o grau de mestre.

Aqui foi muito positivo conseguir fazer a gestão dos diferentes aspetos do planeamento do processo, caracterizar tipo de estudo, definir o contexto e participantes, escolha das escalas (Autoeficácia Geral e Índice Depressivo de Beck) a utilizar e o programa (SPSS versão 24) para tratamento dos dados e as considerações éticas associadas a todos os estudos, mas dou especial relevo ao tópico dos pontos fortes e fracos/limitações do estudo. Este último aspecto permitiu-me desenvolver a capacidade crítica para analisar o trabalho realizado até ao momento e compreender o que poderia ter sido feito de forma diferente, tendo sido uma das minhas maiores aprendizagens.

No terceiro capítulo descrevi e analisei os resultados do projeto de investigação, onde realizei uma caracterização sociodemográfica da população e relacionei as diferentes variáveis para extrair conclusões pertinentes para a enfermagem, dando resposta aos objetivos: caracterizar os níveis de depressão e autoeficácia dos participantes no estudo e os níveis de depressão e autoeficácia com alguns parâmetros laboratoriais. De uma amostra de 46 inquiridos, foi possível concluir que as pessoas com mais idade, que vivem sozinhas, sem atividade laboral e com menor escolaridade têm uma maior probabilidade de ter presentes sintomas depressivos e uma autoeficácia mais baixa. Por outro lado, não é tão clara a relação entre a compensação metabólica, o estadió da DRC e o perfil tensional das pessoas com os sintomas depressivos ou a sua capacidade de autoeficácia. No entanto sabemos que entre si a depressão e a autoeficácia estão inversamente racionados.

Por último, no quarto capítulo desta dissertação, realizei uma reflexão dos contributos deste trabalho para a prática e gestão de prestação de cuidados e pude concluir que a valorização da doença depressiva pelos profissionais permite um melhor acompanhamento e ganhos em saúde. Assim, devemos estar mais atentos aos primeiros sinais de forma a realizar o correto acompanhamento, pois a depressão influencia diretamente a capacidade da pessoa se autocuidar e ser responsável pelo seu tratamento. Este aspeto tem especial relevância pois, se ao início é necessário despende mais tempo para conhecer o outro, as suas características de autocuidado nos diferentes requisitos, identificar as suas lacunas e défices no seu autocuidado, esta é a única forma de identificar se necessitam de apoio/acções por parte da equipa de enfermagem totalmente compensatórias, parcialmente compensatórias ou de educação/ensino. Posteriormente o implementar dessas intervenções, ao longo do processo de gestão da doença durante a sua vida torna-se mais intuitivo e eficaz.

Este trabalho e o curso de mestrado permitiram-me ter uma consciência acrescida da necessidade de formação e desenvolvimento profissional continuo enquanto enfermeira. Tal como está explicito no pensamento no início deste trabalho, as dúvidas e as incertezas que surgem no nosso dia a dia profissional, impelem-nos a ir procurar e a questionar o que sabemos, e só assim é possível enquanto

enfermeira (e todos enquanto profissão) descobrir e consolidar conhecimentos que nos permitem trabalhar e avançar com confiança e certeza de que estamos a exercer a profissão da forma correta, agindo da melhor forma em função da pessoa de quem ajudamos a cuidar.

Apesar de tudo, considero que este trabalho é apenas uma pequena parte do que pode ser feito e desenvolvido. Por um lado, seria importante desenvolver mais estudos na população sem tratamento substitutivo da função renal, de forma a conhecer mais particularidades e/ou características desta população para permitir a elaboração de estratégias que melhorem a prestação de cuidados. Por outro lado identifiquei algumas lacunas no meu estudo, nomeadamente variáveis que não foram tidas em conta desde o início, e que seriam importantes aprofundar para extrair resultados.

Concluindo, considero que fruto da pesquisa realizada ao longo do curso de Mestrado e do resultado do estudo realizado no 3º semestre do mesmo, adquiri competências que me permitem adquirir o grau de mestre e contribui para o conhecimento da enfermagem, do qual surgiu o trabalho cujo título é: *“Doença Renal Crónica e Diabetes: Relação entre Depressão e Autoeficácia em adultos sem tratamento substitutivo da função renal acompanhados em consulta ambulatória”*.



## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Araujo, M.; Moura, O. (2011) Estrutura factorial da General Self-Efficacy Scale (Escala de Autoeficácia Geral) numa amostra de professores portugueses. *Laboratório de Psicologia*. 9 (1), 95-105.
- Arriola-Hernández, M., Rodríguez-Clérigo, I., Nieto-Rojas, I.; Mota-Santana, R., Alonso-Moreno, F., e Orueta-Sánchez, R. (2017). Prevalencia de insuficiencia renal crónica y factores asociados en el “anciano joven”. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 10 (2), 78-85.
- Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal (2012a). *Como usar a insulina*. Lisboa: Lidel
- Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal (2012b). *Viver com a Diabetes*. Lisboa: Lidel
- Bandura, A. (1977) Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84 (2), 1991-2015
- Barreto, M; Kislaya1, I; Gaio, V.; Rodrigues, AP; Santos, AJ; Namorado, S.; Antunes, L; Gil, AP; Boavida, JM; Silva, AC; Vargas, P; Prokopenko, T; Nunes, B; Dias, CM; INSEF Research Group. (INSEF 2015). Prevalência, conhecimento e controlo da diabetes em Portugal: resultados do Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico. *Observações Boletim Epidemiológico Doenças não transmissíveis* 9 (2) 34-38
- Bastos, MG.; Kirsztajn GM (Janeiro/Março 2011) Doença renal crônica: importância do diagnóstico precoce, encaminhamento imediato e abordagem interdisciplinar estruturada para melhora do desfecho em pacientes ainda não submetidos à diálise *J. Bras. Nefrol.*, 33 (1), 93-108  
**DOI:** <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-28002011000100013>.
- Bastos, MG; Bregman, R; Kirsztajn, GM; (2010) Doença Renal Crônica: frequente e grave, mas também prevenível e tratável. *Revista da Associação de Medicina Brasileira, Juiz de Fora*. 56, (1) 248-253
- Beck, AT., Steer, RA., e Garbin, MG. (1988) Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8 (1), 77-100.
- Boing, AF et al. (Agosto 2012). Associação entre depressão e doenças crônicas: um estudo populacional. *Rev. Saúde Pública*, 46 (4), 617-623
- Braga, D., Carli, F., Nyland, L., Bonamigo, E., & Bortolini, S. (2017). Fatores Associados à Depressão em Indivíduos com Diabetes Mellitus. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, 46 (3), 118-128. Acedido em: <http://www.acm.org.br/acm/seer/index.php/arquivos/article/view/313>



- Castro, EK; Ponciano, CF; Pinto, DW (2010) Autoeficácia e qualidade de vida de jovens adultos com doenças crônicas *Aletheia* 31(1) 137-148
- Cavagnolli, G; 2009 Hemoglobina Glicada (A1C) no Diagnóstico do Diabetes Mellitus (Dissertação de Mestrado) Universidade Federal do Rio Grande do Sul
- Cecílio, HPM; Silva, JRV; Rocha, OC; Roch, JVC (2015) Comportamentos e comorbidade associados às complicações microvasculares do diabetes. *Acta. Paul Enferm.*, 28 (2) p.113-119.
- Condé, SAL; Fernandes, N; Santos, FR; Chouab, A; Mota, MMEP; Bastos, MG (2010) Cognitive decline, depression and quality of life in patients at different stages of chronic kidney disease *J Bras Nefrol*, 32 (3) 241-247
- Costa, F. G., Coutinho, M. P. L., Melo, J. R. F., Oliveira, M. X. (2014) Rastreamento da Depressão no Contexto da Insuficiência Renal Crônica *Trends in Psychology / Temas em Psicologia* 22 (2) 445-455
- Dallacosta, FM; Dallacosta H; Mitrus, L. (2017) Detecção Precoce da Doença Renal Crônica em População de Risco *Cogitare Enferm.* 2 (22) e48714
- Dias, EG; Nunes, MSL; Barbosa, VS; Jorge, SA; Campos, LM (2017) Type 2 Diabetes Patients Behavior in the perspective of self-care *J Health Sci* 19 (2) 109 - 113
- DiMatteo, MR; Lepper, HS; Croghan, TW (2000) Depression Is a Risk Factor for Noncompliance With Medical Treatment Meta-analysis of the Effects of Anxiety and Depression on Patient Adherence. *Arch Intern Med.* 160 (14) 2101-2107
- Diógenes MAR, Pagliuca LMF. (2003) Teoria do autocuidado: análise crítica da utilidade na prática da enfermeira. *Rev Gaúcha Enferm*, Porto Alegre (RS), 24 (3) 286-293
- Direção-Geral da Saúde. *Processo Assistencial Integrado da Diabetes Mellitus tipo 2*. Lisboa: DGS, 01/2013
- Direção-Geral da Saúde. *Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Diabetes*. Lisboa: DGS, 2008.
- Donate, JC; Nunes EM; Fuentes MM; Fernandez CM; Gonzalez JN.(2015) Inflammatory Cytokines in Diabetic Nephropathy. *Journal of Diabetes Research, Santa Cruz de Tenerife*, 2015 (1) p.1-9
- Façanha, J., D., N., (2013) Avaliação Do Risco De Suicídio - Contributos Para A Validação Do

Índice NGASR Para A População Portuguesa (dissertação de mestrado) escola Superior de Enfermagem de Coimbra

- Federação Internacional de Diabetes. Disponível em: <http://www.idf.org/> Acesso em: Novembro 2017
- Ferreira, DMC; (2017) Implementação da consulta de enfermagem em adultos com diabetes mellitus tipo 2 para prevenção da doença renal crônica (Dissertação de Mestrado) Universidade Federal do Maranhão
- Fráguas R, Soares, SMSR; Bronstein, MD (2009) Depressão e diabetes mellitus *Rev Psiq Clín.* 36(3):93-99
- Galvão, MTRL SG; Janeiro, JMSV (2013) O autocuidado em enfermagem: autogestão, automonitorização e gestão sintomática como conceitos relacionados *Rev Min Enferm.* 17(1) 225-230
- Garcia, ACFC; Pereira, JC (2015) Alteração Renal em Pacientes Diabéticos *SynThesis Revista Digital FAPAM*, 6(6)
- Gonçalves, NEXM; Zanetti, ML; Neiva, CM; Vassimon, HS (2017) Knowledge of Individuals With Diabetes Mellitus in the Family Health Strategy. *J Nurs UFPE on line., Recife*, 11 (7) 2779-2787
- Jacobi CS, Beuter M, Maldaner CR, Roso CC, Pauletto MR, Girardon-Perlini MNO (2013) The Care Of The Elderly With Diabetic Nephropathy In Conservative Treatment *Rev Rene.* 14(4) 765-773.
- Jardino, P., C., C., (2011) *Abordagem do doente co diabetes tipo 2 e doença renal progressiva.* (dissertação de mestrado) Universidade do Porto
- Jommi, C; Armeni, P.; Battista, M; Procolo, P.; Conte, G.; Ronco, C. et. al (2017) The cost of Patients with Chronic kidney failure before dialysis: Results from the IRIDE Observational Study. *PharmacoEconomics Open*  
**DOI:** <http://doi.org/10.1007/s41669-017-0062-z>
- KDOQI (2002) Clinical Practice Guidelines for Chronic Kidney Disease: Evaluation, Classification and Stratification *AM Journal Kidney Disease* 39 (2), S1-S246
- Kearns B, Rafia R, Leaviss J, Preston L, Brazier JE, Palmer S, et al. The cost-effectiveness of changes to the care pathway used to identify depression and provide treatment amongst people with

diabetes in England: a model-based economic evaluation. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2017[cited 2017 Novembro 03];17(1):78. Available from: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-017-2003-z>

- Kidney Disease: Improving Global Outcomes (2013); KDIGO clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease, *Kidney Int Suppl* 3, 1-150.
- Mabán, EA; Almagiá EB (2010) Autoeficácia, estresse percebido Y aderência terapêutica em pacientes hemodializados *Ciencia Y Enfermeria* XVI (3) 63-72
- Malta, JIRF (2011) *Diabetes: Percepção da Doença e Auto-cuidado*. (dissertação de Mestrado) Escola Nacional de Saúde Pública – Universidade Nova de Lisboa
- Marcario, Fernando. Relatório Gabinete de Registo da Sociedade Portuguesa de Nefrologia (2017) Disponível em: <http://www.spnregisto.com/> consultado a 20/11/2016
- Mendes, J., A., M. (2010) *A Vivência Subjectiva Dos Cuidadores De Pessoas Com Demência: Temas Centrais, Sintomatologia Emocional e Estratégias de Confronto* (dissertação de Mestrado) Universidade de Lisboa
- Menezes, H. F.; Sousa, F. S.; Rosa, A. M. M. T. F. et. al (2017) Sociodemographic, clinic and subjective characteristics of patients with chronic kidney disease taken in the nursing consultation. *J Nurs UFPE on line*, 11(5), 1858-1866
- Moraes KL, Brasil VV, Oliveira GF, Cordeiro JABL, Silva AMTC, Boaventura RP, et al.(2017) Functional health literacy and knowledge of renal patients on pre-dialytic treatment. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 70 (1) 155-162. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2015-0169>
- Moreira, J. M.; Matta, S. M.; Kummer, A. M.; Barbosa, I. G.; Teixeira, A. L.; Silva, A. C. S. (Julho/Setembro 2014) Transtornos neuropsiquiátricos e doenças renais: uma atualização. *J. Bras. Nefrol.*, 36 (3), 396-400  
**DOI:** <http://dx.doi.org/10.5935/0101-2800.20140056>
- National Kidney Foundation (2007) Diabetes e Insuficiência Renal Crônica, New York: NKF.
- Netto, AP; Andriolo, A; Filho, FF; Tambascia, M; Gomes, MB; Melo, M; Sumita, NM; Lyra, R; Cavalcanti, S. (Fevereiro, 2009) Atualização sobre hemoglobina glicada (HbA1C) para avaliação do controle glicêmico e para o diagnóstico do diabetes: aspectos clínicos e laboratoriais. *J Bras Patol Med Lab*. 45 (1) 31-48
- Neves, SF; Faria, L (2009) Auto-Conceito e Auto-eficácia: semelhanças, diferenças, inter-relação

e influência no rendimento escolar. *Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais* 6(2009) 206-218

- Novak, M; Mucsi, I; Rhee, CM; Streja, E; Lu, JL; Kalantar-Zadeh, K; Molnar, MZ; Kovesdy CP (2016) Increased Risk of Incident Chronic Kidney Disease, Cardiovascular Disease, and Mortality in Patients With Diabetes With Comorbid Depression. *Diabetes Care* 2016. 39 (11) 1940-1947 <https://doi.org/10.2337/dc16-0048>
  - Observatório Nacional da Diabetes (2017) Diabetes Factos e Números – O Ano de 2015 – Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes – Parte II *Revista Portuguesa da Diabetes* 12 (2) 68-90
  - OMS (1983) Nuevos métodos de educación sanitária en la atención primaria salud. Ginebra, (Série de Informes Técnicos).
  - Ordem dos Enfermeiros (2003) *Código Deontológico do Enfermeiro: anotações e comentários*. Lisboa: Edição Ordem dos Enfermeiros
  - Orem, D.E. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6th ed.). St. Louis: Mosby.
  - Porto, J.R.; Gomes, K., B; Fernandes A.P.; Domingueti, C., P. (2017) Avaliação da função renal na doença renal crônica. *RBAC*. 49(1), 26-35.
- DOI:** 10.21877/2448-3877.201500320
- Queirós, P. J. P., Vidinha, T. S. S. & Filho, A. J. A. (2014). Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, 3, 157-164.
  - Ramos I., C., Chagas N., R, Freitas M.C., Monteiro A., R., M., Leite A., C., S.(Abril/Junho 2007) 0A Teoria de Orem e o Cuidado ao Paciente Renal Crônico. *R Enferm UERJ*, 15 (2), 444-449.
  - Reis, J.; Delgado, S.; Monteiro, V. (2013) *Promoção do Autocuidado da pessoa com Diabetes Mellitus: da hospitalização ao domicílio*. (Trabalho de conclusão de Curso), Universidade do Mindelo.
  - Reis, T. (1989), Síndrome Depressivo e Modelos de Depressão *Análise Psicológica*, 4 (Vil) p. 537-541
  - Rojas-Villegas, Y., Ruíz-Martínez, A. O., & González-Sotomayor, R. (2017). Ansiedad y depresión sobre la adherencia terapéutica en pacientes con enfermedad renal. *Revista de Psicología*, 26(1), 1-13. <http://dx.doi.org/10.5354/0719-0581.2017.46859>

- Roso, CC; Beuter, M; Jacobi, CS; Silva, CT; Perrando, MS; Jamile, S. (2014). Progressão da insuficiência renal crônica: percepções de pessoas em pré-diálise. *Revista de Enfermagem da UFSM*. 3 (Esp.) p. 581-588.
- Ruospo M, Saglimbene VM, Palmer SC, De Cosmo S, Pacilli A, Lamacchia O, Cignarelli M, Fioretto P, Vecchio M, Craig JC, Strippoli GFM.(2017) Glucose targets for preventing diabetic kidney disease and its progression.*Cochrane Database of Systematic Reviews*. 6. Art. No.: CD010137.  
DOI: 10.1002/14651858.CD010137.pub2.
- Salci MA, Meirelles BHS, Silva DMVG. Prevention of chronic complications of diabetes mellitus according to complexity. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2017;70(5): 1048-1056. [Thematic Edition “Good practices and fundamentals of Nursing work in the construction of a democratic society”] DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0080>
- Sanz, P.; Barril, G.; Andrino, T.; Bardón, E.; Selgas,R. (2003) Un Programa de Información y Educación en Autocuidados en las consultas prediálises puede mejorar el estado de ansiedad-depresión de pacientes com efermedad renal crónica avanzada. *Hospital Universidade de La Princesa. Madrid. Nefrologia*. Vol XXIII (6), 105
- Shafi ST, Shafi T. A comparison of anxiety and depression between pre-dialysis chronic kidney disease patients and hemodialysis patients using hospital anxiety and depression scale. *Pak J Med Sci*. 2017;33(4):876-880
- Silva, C., S.; Tomaz, A.F.; Nascimento, W.,G; Silva, A., P., T.; Alves, J., P. (2017) Caracterização da Consulta de Enfermagem na Atenção à Pessoa com Hipertensão e Diabetes. *Revista Portuguesa: Saúde e Sociedade*. 2(1) 347-362
- Silva, I L (2010) *Psicologia da Diabetes* (2ª Edição) Lisboa: Placebo Editora
- Souza, FTZ; Oliveira, JHA (2017) Os sintomas Depressivos e Ansiosos no Paciente Renal Crônico em Tratamento Conservador. *Revista Psicologia e Saúde*, 9 (3) , p. 17-31
- Tedeschi, G., B., D.; (2014). *Autoeficácia das pessoas com diabetes mellitus tipo 2, em seguimento ambulatorio, para o cuidado com a doença*. (dissertação de mestrado) Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
- Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2002). *Teóricas de enfermagem e a sua obra*. (5ª ed.). Loures: Lusociência

- Vargas, BD; Sangiovo, A; Pereira, F; Vincensi, C; Lissarassa, YPL; Zimmermann, CE; Comparsi, B; Casalini, CEC; Viera, EK; Frizzo, MN (2016) Obesidade, Diabetes e Hipertensão Associados ao Desenvolvimento de Dano Renal e Redução na Qualidade de Vida *Revista Saúde Integrada* 9 (18) p. 2-13
- Wang,X; Shen,B; Zhuang,X; Wang,X Weng, W(2017) Investigating Factors Associated with Depressive Symptoms of Chronic Kidney Diseases in China with Type 2 Diabetes *Journal of Diabetes Research* 2017 (2017) ID 1769897
- World Health Organization (2016). *Global Report on Diabetes*, France: WHO.
- World Health Organization (2017) *Depression and other Common Mental Disorders. Global Health Estimates*. Geneve: WHO.
- Wu SF, Huang YC, Lee MC, Wang TJ, Tung HH, Wu MP (2013) Self-efficacy, self-care behavior, anxiety, and depression in Taiwanese with type 2 diabetes: A cross-sectional survey.*Nurs Health Sci.* 15 (2) 213-219.
- Xavier BLS; Santos I; Silva FVC. (2017) Promovendo autocuidado em clientes em hemodiálise: aplicação do diagrama de nola pender. *Rev Fund Care Online.* 9 (2) 545-550. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i2.545-550>



## **ANEXO I – ESCALA DA AUTOEFICÁCIA GERAL**





Araujo, M.; Moura, O. (2011) Estrutura factorial da General Self-Efficacy Scale (Escala de Autoeficácia Geral) numa amostra de professores portugueses. *Laboratório de Psicologia*. 9(1): 95-105.

	Exactamente Verdade	Moderadamente Verdade	Difícilmente Verdade	De modo nenhum é verdade
1. Eu consigo resolver sempre os problemas difíceis se eu tentar bastante.				
2. Se alguém se opuser, eu posso encontrar os meios e as formas de alcançar o que eu quero.				
3. É fácil para mim, agarrar-me às minhas intenções e atingir os meus objetivos.				
4. Eu estou confiante que poderia lidar, eficientemente, com acontecimentos inesperados.				
5. Graças ao meu desembaraço, eu sei como lidar com situações imprevistas.				
6. Eu posso resolver a maioria de problemas se eu investir o esforço necessário.				
7. Eu posso manter-me calmo ao enfrentar dificuldades porque eu posso confiar nas minhas capacidades para enfrentar as situações.				
8. Quando eu sou confrontado com um problema, geralmente eu consigo encontrar diversas soluções.				
9. Se eu estiver com problemas, geralmente consigo pensar em algo para fazer.				
10. Quando tenho um problema pela frente, geralmente ocorrem-me várias formas para resolvê-lo.				

**Total:** \_\_\_\_\_ / 40.



## **ANEXO II – INVENTÁRIO DEPRESSIVO DE BECK**



Mendes, J., A., M. (2010) *A Vivência Subjectiva Dos Cuidadores De Pessoas Com Demência: Temas Centrais, Sintomatologia Emocional e Estratégias de Confronto* (dissertação de Mestrado)  
Universidade de Lisboa

A.

1. Não me sinto triste.
2. Sinto-me triste.
3. Ando sempre triste e não consigo evitá-lo.
4. Ando tão triste ou infeliz que não consigo suportar mais isto.

B.

1. Não me sinto particularmente desencorajado em relação ao futuro.
2. Sinto-me desencorajado em relação ao futuro.
3. Sinto que não tenho nada a esperar do futuro.
4. Não tenho qualquer esperança no futuro e sinto que a minha situação não pode melhorar.

C.

1. Não me sinto um falhado.
2. Sinto que tive mais fracassos que a maioria das pessoas.
3. Quando olho para a minha vida passada tudo o que vejo é uma quantidade de falhanços.
4. Sinto que sou uma pessoa completamente falhada.

D.

1. Sinto-me tão satisfeito com as coisas como anteriormente.
2. Não me sinto satisfeito com as coisas que anteriormente me satisfaziam.
3. Não me consigo sentir realmente satisfeito com nada.
4. Sinto-me descontente e aborrecido com tudo.

E.

1. Não me sinto culpado de nada em particular.
2. Sinto-me culpado uma grande parte das vezes.
3. Sinto-me bastante culpado a maior parte das vezes.
4. Sinto-me sempre culpado.

F.

1. Não me sinto que esteja a ser vítima de algum castigo.
2. Sinto que posso vir a ser castigado.
3. Espero vir a ser castigado.
4. Sinto que estou a ser castigado.

G.

1. Não me sinto desiludido comigo.
2. Estou desiludido comigo mesmo.
3. Estou desgostoso comigo mesmo.
4. Odeio-me.

H.

1. Não sinto que seja pior do que qualquer outra pessoa.
2. Critico-me a mim mesmo pelas minhas fraquezas ou erros.
3. Estou constantemente a culpar-me pelas minhas faltas.
4. Acuso-me de todo o mal que acontece.

I.

1. Não penso suicidar-me.
2. Tenho ideias de pôr termo à vida, mas não consigo concretizá-las.
3. Gostaria de pôr termo à vida.
4. Gostaria de pôr termo à vida se tivesse oportunidade.

J.

1. Não choro mais do que é habitual.
2. Choro mais, agora, do que era costume.
3. Passo o tempo a chorar.
4. Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo mesmo quando me apetece

K.

1. Não ando mais irritado do que é costume.
2. Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que era costume.
3. Sinto-me constantemente irritado.
4. Não fico irritado com o que anteriormente me irritava.

L.

1. Não perdi o interesse pelas pessoas.
2. Interesse-me menos pelas pessoas do que era costume.
3. Perdi quase todo o meu interesse pelas outras pessoas.
4. Perdi todo o meu interesse pelas outras pessoas.

M.

1. Sou capaz de tomar decisões tão bem como anteriormente.
2. Evito tomar tantas decisões como fazia anteriormente.
3. Agora tenho muito mais dificuldade em tomar decisões do que tinha anteriormente.
4. Sinto-me completamente incapaz de tomar qualquer decisão.

N.

1. Acho que o meu aspecto é o do costume.
2. Preocupo-me por poder parecer velho(a) ou pouco atraente.
3. Sinto-me que há constantes mudanças no meu aspecto que me tornam pouco atraente.
4. Acho que tenho um aspecto horrível (desagradável).

O.

1. Sou capaz de trabalhar tão bem como é costume.
2. Agora, preciso de um esforço maior do que antes para começar a fazer qualquer coisa.
3. Tenho que fazer um grande esforço para fazer qualquer coisa.
4. Não consigo fazer nenhum trabalho.

P.

1. Consigo dormir tão bem como é habitual.
2. Não durmo tão bem como dantes.
3. Acordo 1 ou 2 horas mais cedo do que era costume e custa-me voltar a adormecer.
4. Acordo muitas horas antes do que era costume e não consigo tornar a adormecer.

Q.

1. Não me sinto mais cansado do que é habitual.
2. Fico cansado com mais facilidade do que dantes
3. Fico cansado quando faço seja o que for.
4. Sinto-me demasiado cansado para fazer seja o que for.

R.

1. O meu apetite é o mesmo de sempre.
2. O meu apetite não é tão bom como costumava ser.
3. O meu apetite piorou muito ultimamente.
4. Não tenho apetite absolutamente nenhum.

S.

1. Não tenho perdido peso ultimamente.
2. Perdi mais de 2,5 Kg de peso.
3. Perdi mais de 5 Kg de peso.
4. Perdi mais de 7,5 Kg de peso.

Estou propositadamente a tentar perder peso, comendo menos.

Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_

T.

1. Não me tenho preocupado com a minha saúde mais do que é habitual.
2. Estou preocupado com problemas de saúde tais como dores, problemas de estômago ou prisão de ventre.
3. Estou tão preocupado com os problemas de saúde que me é difícil pensar noutra coisa.
4. Estou tão preocupado com os meus problemas de saúde que não consigo pensar em absolutamente mais nada.

U.

1. Não notei qualquer mudança no meu interesse pela vida sexual.
2. Estou menos interessado pela vida sexual do que anteriormente.
3. Estou muito menos interessado pela vida sexual, agora
4. Perdi completamente o interesse pela vida sexual.

**Total:** \_\_\_\_\_ / 63





### **ANEXO III – AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DO ESTUDO**



Exma Senhora  
Enfª Mariana Pires

Lisboa, 25 de Setembro 2017

**Assunto: “Doença Renal Crónica e Diabetes: Relação entre a depressão e a autoeficácia em adultos sem tratamento substitutivo da função renal acompanhados em consulta ambulatória”**

Em virtude de terem sido respeitados os requisitos necessários ao desenvolvimento do trabalho, inscritos no Regulamento sobre Trabalhos Académicos que Envolvam Doentes da A.P.D.P, cumpro-me informar V. Ex.a de que a Comissão de Ética para a Saúde (CES) da APDP emitiu **PARECER FAVORÁVEL** relativamente à realização do trabalho académico supracitado.

Mais se informa que a CES procederá à ratificação deste parecer na sua próxima reunião.

Com os meus melhores cumprimentos,



Prof. Dr. João Filipe Raposo  
Diretor Clínico



## **APÊNDICE I – CRONOGRAMA**









## **APÊNDICE II – VALIDADE DA ESCALA DA AUTOEFICÁCIA GERAL**



## ESCALA DA AUTOEFICÁCIA GERAL

**Autor:** Ralf Schwarzer e Matthias Jerusalem **Ano:** 1995

**Tradução:** Traduzido para 30 línguas incluindo para português.

**Descrição da Escala:** Araujo e Moura (2011) referem que a escala é constituída por 10 itens respondidos numa escala com 4 alternativas de respostas (1- De modo nenhum é verdade; 2 – Dificilmente é Verdade; 3 - Moderadamente Verdade e 4 – Exatamente Verdade). Pode obter-se uma pontuação entre 10 e 40 (ou um valor médio entre 1 e 4). Todos os tópicos estão formulados no sentido positivo pelo que quanto maior for o resultado maior é o nível de autoeficácia presente.

**Consistência Interna da Escala:** A amostra portuguesa obteve um alfa de Cronbach=0.87

Quadro 1

*Estatística descritiva, correlação item-total e alfa dos 10 itens da GSE*

Itens	<i>M</i>	<i>DP</i>	Skew. (Kurt.)	$r_{i-t}$	$\alpha_{i-e}$
Consigo resolver sempre os problemas difíceis se for persistente.	3.27	.57	-.399 (1.057)	.556	.86
Se alguém se opuser, consigo encontrar os meios e as formas de alcançar o que quero.	2.93	.55	-.678 (2.186)	.486	.86
Para mim é fácil agarrar-me às minhas intenções e atingir os meus objectivos.	3.23	.58	-.481 (1.537)	.543	.86
Estou confiante que poderia lidar eficientemente com acontecimentos inesperados.	3.14	.56	-.359 (1.578)	.652	.85
Graças aos meus recursos, sei como lidar com situações imprevistas.	3.18	.56	-.177 (.733)	.682	.85
Consigo resolver a maioria dos problemas se investir o esforço necessário.	3.42	.63	-.931 (1.275)	.633	.85
Perante dificuldades consigo manter a calma porque confio nas minhas capacidades.	3.32	.59	-.417 (.229)	.577	.86
Quando confrontado com um problema, consigo geralmente encontrar várias soluções.	3.28	.55	-.105 (.282)	.593	.86
Se estiver com problemas, consigo geralmente pensar numa solução.	3.43	.53	-.279 (-.123)	.601	.85
Consigo geralmente lidar com tudo aquilo que me surge pelo caminho.	3.23	.57	-.288 (.834)	.589	.86
Escala Completa	32.43	3.921	-.688 (2.890)		$\alpha=.87$

*Nota.* *M* – Média, *DP* – Desvio-Padrão, Skew. – Skewness/Assimetria, Kurt. – Kustosis/Achatamento,  $r_{i-t}$  – Correlação Item-Total Corrigida,  $\alpha_{i-e}$  – Alfa de Cronbach da escala se item eliminado.

Quadro 2

*Correlação Inter-Item*

Itens	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	.404**	.369**	.404**	.383**	.474**	.412**	.319**	.346**	.333**
2	–	.319**	.339**	.363**	.369**	.316**	.329**	.281**	.326**
3		–	.442**	.416**	.381**	.355**	.345**	.361**	.395**
4			–	.663**	.443**	.443**	.430**	.411**	.420**
5				–	.501**	.440**	.473**	.470**	.456**
6					–	.429**	.418**	.424**	.451**
7						–	.390**	.404**	.385**
8							–	.555**	.419**
9								–	.460**
10									–

*Nota.* \* $p<.05$ ; \*\* $p<.01$ .



### **APÊNDICE III – VALIDADE DO INVENTÁRIO DEPRESSIVO DE BECK**



## **INVENTÁRIO DEPRESSIVO DE BECK (DBI)**

**Autor:** Beck AT; Ward CH, Mendelson M et.al      **Ano:** 1961

**Tradução:** Traduzida por Vaz Serra e Pio Abreu, 1973.

**Descrição da Escala:** 21 categorias, de sintomas e atitudes, com 4 frases de auto-avaliação (cada frase indica uma pontuação de 0 a 3 que somadas resulta no índice de depressão).

Segundo Mendes (2010) e Façanha (2013) os itens referem-se a tristeza, pessimismo, sentimento de fracasso, insatisfação, sentimento de culpabilidade, sentimento ou desejo de autopunição, ódio a si mesmo, autoacusações, desejos suicidas, crises de choro, irritabilidade, afastamento social, incapacidade de decisão, distorção da imagem corporal, incapacidade de trabalhar, perturbações do sono, fadigabilidade, perda de apetite, perda de peso, hipocondria e diminuição da libido.

De acordo com Beck et al (1988), recomenda-se os pontos de corte: menor que 10 = sem depressão ou depressão mínima; de 10 a 18 = depressão de leve a moderada; de 19 a 29 = depressão de moderada a grave; de 30 a 63 = depressão grave.

**Consistência Interna da Escala:** De acordo com Beck et al (1988) esta escala foi construída e validada tendo em conta a sua correlação com a *Clinicians Rating of Depth of Depression*. Quando comparados os resultados destas duas escalas em 28 dos 33 casos (85%) foi diagnosticado corretamente, havendo 5 casos que conferiam disparidade nos resultados.





## **APÊNDICE IV – QUESTIONÁRIO APLICADO**



## **Doença Renal Crónica e Diabetes: Relação entre Depressão e Autoeficácia em adultos sem tratamento substitutivo da função renal acompanhados em consulta ambulatoria**

Caro senhor(a) no âmbito do 8º Curso de Mestrado em enfermagem Médico-Cirúrgica, a realizar na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa sob a orientação da Profª Maria Nunes Saraiva, estou a realizar um estudo com o tema *Doença Renal Crónica e Diabetes: Relação entre Depressão e Autoeficácia em adultos sem tratamento substitutivo da função renal acompanhados em consulta ambulatoria*, cujo objetivo principal Relacionar comportamentos depressivos em pessoas com DRC e DM com a sua autoeficácia e parâmetros laboratoriais.

Em Portugal, a DRC é a doença crónica com maior crescimento em termos da sua prevalência. A crescente incidência de doenças crónicas que estão na origem da insuficiência renal é a diabetes. Desta forma, estas pessoas beneficiam de medidas para atrasar a progressão da doença renal crónica.

A depressão está diretamente relacionada com a presença de doenças crónicas e o acumular de doenças crónicas influenciava a prevalência de depressão. Para tal é importante desenvolver um conjunto de atividades com a intenção de melhorar a saúde, prevenir ou limitar a doença e restaurar a saúde, derivando estas atividades do conhecimento e competências obtidas através de profissionais e da experiência de vida.

Neste sentido, solicito a sua colaboração para o preenchimento deste questionário. O mesmo será anónimo e confidencial, os dados recolhidos serão tratados, analisados e divulgados de acordo com as regras de investigação científica e deverá ter a duração máxima de 15 minutos.

Asseguro que será mantido o anonimato e a confidencialidade dos seus dados, pois consagro como obrigação e dever o sigilo profissional. A qualquer momento deste estudo poderá desistir da sua participação bastando enviar um e-mail para [marianapires@esel.pt](mailto:marianapires@esel.pt) ou contacto telefónico 918575877 informando de que quer desistir, escrevendo o número do questionário que preencheu.

Receberá uma cópia deste formulário de Consentimento Informado Escrito.

Questionário N° \_\_\_\_\_

**Doença Renal Crónica e Diabetes: Relação entre Depressão e Autoeficácia em doentes sem tratamento substitutivo da função renal em consulta ambulatória.**

Eu \_\_\_\_\_(nome completo), declaro ter lido e compreendido o documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela/s pessoa/s que acima assina/m. Foi-me garantida a possibilidade de colocar questões sobre o estudo e esclarecer as minhas dúvidas;

Desta forma, declaro que:

- Recebi informação que considero suficiente sobre o estudo;
- Permito a utilização dos dados que de forma voluntaria forneço, unicamente para esta investigação, sendo garantida o anonimato e confidencialidade.
- Falei com \_\_\_\_\_ (nome do investigador);
- Compreendi que a minha participação no estudo é voluntária;
- Fui informado que a minha participação neste estudo não me confere o direito a qualquer tipo de remuneração;
- Compreendi que posso desistir quando desejar, não sendo de forma alguma comprometidos os futuros cuidados que receberei dos profissionais de saúde.
- Concordo em participar neste estudo de livre vontade.

O participante \_\_\_\_\_ Data (dd/mm/aa): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

O Investigador \_\_\_\_\_ Data (dd/mm/aa): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**MUITO OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO**

Questionário Nº \_\_\_\_\_

**Sexo:**

Masculino\_\_\_\_\_ Feminino\_\_\_\_\_

**Idade em anos completos:** \_\_\_\_\_ anos

**Agregado familiar:**

Sozinho\_\_\_\_\_ Amigos\_\_\_\_\_ Casado/Companheiro(a)/União de Facto\_\_\_\_\_

Com pais/filhos/irmãos \_\_\_\_\_ Com tios/avós/primos\_\_\_\_\_ Lar\_\_\_\_\_

**Distrito onde reside:** \_\_\_\_\_

**Escolaridade:**

Até 4 anos \_\_\_\_\_ Até 9 anos\_\_\_\_\_ Até 12 anos \_\_\_\_\_ Ensino Superior\_\_\_\_\_

**Situação Profissional:**

Com actividade laboral (no activo) \_\_\_\_\_

Sem actividade laboral (aposentado/reformado) \_\_\_\_\_

Desempregado\_\_\_\_\_

**Dados a colher pelo investigador:**

Valor de HbA1c\_\_\_\_\_%

Estadio da DRC\_\_\_\_\_ (MDRD: \_\_\_\_\_ Creatinúria ou Albuminúria: \_\_\_\_\_)

2 Valores de Tensão Arterial: Sistólica\_\_\_\_\_ Diastólica\_\_\_\_\_ Pulso\_\_\_\_\_

Sistólica\_\_\_\_\_ Diastólica\_\_\_\_\_ Pulso\_\_\_\_\_

Leia com atenção todas as frases seguidamente expostas. Em relação a cada uma delas assinale com uma cruz (x), no quadrado respectivo, aquilo que constitua a descrição mais aproximada da maneira como se sente.

	Exactamente Verdade	Moderadamente Verdade	Difícilmente Verdade	De modo nenhum é verdade
1. Eu consigo resolver sempre os problemas difíceis se eu tentar bastante.				
2. Se alguém se opuser, eu posso encontrar os meios e as formas de alcançar o que eu quero.				
3. É fácil para mim, agarrar-me às minhas intenções e atingir os meus objetivos.				
4. Eu estou confiante que poderia lidar, eficientemente, com acontecimentos inesperados.				
5. Graças ao meu desembaraço, eu sei como lidar com situações imprevistas.				
6. Eu posso resolver a maioria de problemas se eu investir o esforço necessário.				
7. Eu posso manter-me calmo ao enfrentar dificuldades porque eu posso confiar nas minhas capacidades para enfrentar as situações.				
8. Quando eu sou confrontado com um problema, geralmente eu consigo encontrar diversas soluções.				
9. Se eu estiver com problemas, geralmente consigo pensar em algo para fazer.				
10. Quando tenho um problema pela frente, geralmente ocorrem-me várias formas para resolvê-lo.				

**Total:** \_\_\_\_\_ / 40.

Leia cuidadosamente cada grupo de frases e escolha a frase (ou as frases) que melhor descreve(m) a maneira como se sente presentemente. Faça um círculo no número que se encontra antes da(s) frase(s) que escolheu. **Nota: Certifique-se que leu todas as frases de cada grupo antes responder.**

A.

1. Não me sinto triste.
2. Sinto-me triste.
3. Ando sempre triste e não consigo evitá-lo.
4. Ando tão triste ou infeliz que não consigo suportar mais isto.

B.

1. Não me sinto particularmente desencorajado em relação ao futuro.
2. Sinto-me desencorajado em relação ao futuro.
3. Sinto que não tenho nada a esperar do futuro.
4. Não tenho qualquer esperança no futuro e sinto que a minha situação não pode melhorar.

C.

1. Não me sinto um falhado.
2. Sinto que tive mais fracassos que a maioria das pessoas.
3. Quando olho para a minha vida passada tudo o que vejo é uma quantidade de falhanços.
4. Sinto que sou uma pessoa completamente falhada.

D.

1. Sinto-me tão satisfeito com as coisas como anteriormente.
2. Não me sinto satisfeito com as coisas que anteriormente me satisfaziam.
3. Não me consigo sentir realmente satisfeito com nada.
4. Sinto-me descontente e aborrecido com tudo.

E.

1. Não me sinto culpado de nada em particular.
2. Sinto-me culpado uma grande parte das vezes.
3. Sinto-me bastante culpado a maior parte das vezes.
4. Sinto-me sempre culpado.

F.

1. Não me sinto que esteja a ser vítima de algum castigo.
2. Sinto que posso vir a ser castigado.
3. Espero vir a ser castigado.
4. Sinto que estou a ser castigado.

G.

1. Não me sinto desiludido comigo.
2. Estou desiludido comigo mesmo.
3. Estou desgostoso comigo mesmo.
4. Odeio-me.



H.

1. Não sinto que seja pior do que qualquer outra pessoa.
2. Critico-me a mim mesmo pelas minhas fraquezas ou erros.
3. Estou constantemente a culpar-me pelas minhas faltas.
4. Acuso-me de todo o mal que acontece.

I.

1. Não penso suicidar-me.
2. Tenho ideias de pôr termo à vida, mas não consigo concretizá-las.
3. Gostaria de pôr termo à vida.
4. Gostaria de pôr termo à vida se tivesse oportunidade.

J.

1. Não choro mais do que é habitual.
2. Choro mais, agora, do que era costume.
3. Passo o tempo a chorar.
4. Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo mesmo quando me apetece

K.

1. Não ando mais irritado do que é costume.
2. Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que era costume.
3. Sinto-me constantemente irritado.
4. Não fico irritado com o que anteriormente me irritava.

L.

1. Não perdi o interesse pelas pessoas.
2. Interesse-me menos pelas pessoas do que era costume.
3. Perdi quase todo o meu interesse pelas outras pessoas.
4. Perdi todo o meu interesse pelas outras pessoas.

M.

1. Sou capaz de tomar decisões tão bem como anteriormente.
2. Evito tomar tantas decisões como fazia anteriormente.
3. Agora tenho muito mais dificuldade em tomar decisões do que tinha anteriormente.
4. Sinto-me completamente incapaz de tomar qualquer decisão.

N.

1. Acho que o meu aspecto é o do costume.
2. Preocupo-me por poder parecer velho(a) ou pouco atraente.
3. Sinto-me que há constantes mudanças no meu aspecto que me tornam pouco atraente.
4. Acho que tenho um aspecto horrível (desagradável).

O.

1. Sou capaz de trabalhar tão bem como é costume.
2. Agora, preciso de um esforço maior do que antes para começar a fazer qualquer coisa.
3. Tenho que fazer um grande esforço para fazer qualquer coisa.
4. Não consigo fazer nenhum trabalho.

P.

1. Consigo dormir tão bem como é habitual.
2. Não durmo tão bem como dantes.
3. Acordo 1 ou 2 horas mais cedo do que era costume e custa-me voltar a adormecer.
4. Acordo muitas horas antes do que era costume e não consigo tornar a adormecer.

Q.

1. Não me sinto mais cansado do que é habitual.
2. Fico cansado com mais facilidade do que dantes
3. Fico cansado quando faço seja o que for.
4. Sinto-me demasiado cansado para fazer seja o que for.

R.

1. O meu apetite é o mesmo de sempre.
2. O meu apetite não é tão bom como costumava ser.
3. O meu apetite piorou muito ultimamente.
4. Não tenho apetite absolutamente nenhum.

S.

1. Não tenho perdido peso ultimamente.
2. Perdi mais de 2,5 Kg de peso.
3. Perdi mais de 5 Kg de peso.
4. Perdi mais de 7,5 Kg de peso.

Estou propositadamente a tentar perder peso, comendo menos.

Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_

T.

1. Não me tenho preocupado com a minha saúde mais do que é habitual.
2. Estou preocupado com problemas de saúde tais como dores, problemas de estômago ou prisão de ventre.
3. Estou tão preocupado com os problemas de saúde que me é difícil pensar noutra coisa.
4. Estou tão preocupado com os meus problemas de saúde que não consigo pensar em absolutamente mais nada.

U.

1. Não notei qualquer mudança no meu interesse pela vida sexual.
2. Estou menos interessado pela vida sexual do que anteriormente.
3. Estou muito menos interessado pela vida sexual, agora
4. Perdi completamente o interesse pela vida sexual.

**Total:** \_\_\_\_\_ / 63

**OBRIGADA PELA SUA PARTICIPAÇÃO**